

الامراض النفسية

والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الدكتور

أحمد محمد الزعبي

قسم علم النفس - كلية الآداب

اليمن / السعودية



mohamed khatab

الأمراض النفسية

والمتلازمات السلوكية والدراسية عند الأطفال

الأمراض النفسية

والمناكير السلوكية والمراسلة عند الأطفال

الدكتور

أحمد مبروك الزعبي

أسطول الأشخاص المنشئين

Wind/age ratio = 0.025 g/s and 0.015

الطبعة الأولى
م. 2013 - 1434

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
2013 م

الزعبي، أحمد محمد
الأبراش النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال / أحمد
محمد الزعبي. - حصن: دار زهران للنشر والتوزيع، 2013.
() من.
ر.أ. :

الوصلات: قرية // علم نفس / المشكلات / أعراض نفسية /

+ أحمد محمد زعبي (دار زهران) يكتب الكتبية واصحاته لـ زعبي
+ دار زهران، كفل الأحمر (دار زهران) من مطبوعاته رقم 10 من مطبوعاته
دار زهران (دار زهران) دار زهران

Copyright ©
All Rights Reserved

لا يجوز نشر أي جزء من هذا الكتاب، أو تخزين مادته بطرق الاسترجاع أو نقله على
أي وسيلة أو ب أي طريقة إلكترونية حملت أو مهتمالية مكتبة أو بالتصوير أو بالتسجيل
وتحلله ذلك إلا بموافقة الناشر على هذا الكتاب متنها.
المكتسبون في الكتاب الجامعى الأكاديمى العربى والأجنبى

دار زهران للنشر والتوزيع

تلفاكس: 5331289 - 6 - 962، من.ب 1170 صحن 11941 الأردن

E-mail : Zahran.publishers@gmail.com
www.darzahran.net

[هداء]

للأبهائي :

بسم وحمد أعين وسامي وأسلمة ورنا .

الذين شاركوا أصعب لحظات حياتي وتحملوا الكثير من أجل لتحقيق كل
ما أصبو إليه .

وتقديم الله إلى ما فيه الخير ، وجعل أيامهم زاخرة بالسعادة والعطاء الوفير .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة

يهدف هذا الكتاب إلى الوجه إلى الطلاب المتخصصين والباحثين والأطباء والأشخاص الذين يهتمون والأخصائيين الأجتماعيين والأباء والذريين ، إلى تزويدهم بمعلومات دقيقة وعلمية وواضحة بعيدة عن الإسهاب والتعقيد عن أهم الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية التي يعاني منها الأطفال في طفولتهم المبكرة أو المترسبة أو المتأخرة .

فالخاتمة إلى معرفة هذه الأمراض والمشكلات أصبحت ضرورية وعامة أكثر من أي وقت مضى . فالأطفال هم جيل المستقبل ، وأمل المجتمع الناظر . ففي هذه المرحلة (مرحلة الطفولة) من العمر ترسم أهم ملامح شخصية الإنسان المستقبلية . وظلاً فإن ما ي تعرض له الطفل من أمراض أو مشكلات نفسية في خلال هذه المرحلة تترك انطباعات على شخصيه في المستقبل . فالكثير من المعالجين والرشدرين الذين يهتمون والأطباء والأباء والذريين يهتمون في لغز الطفولة ومشكلاتها وأمراضها النفسية وكيفية التعامل معها ، والتي كثيراً ما تكون غامضةً لا ينطربات أو مشكلات تعاني منها الأسرة ، وانعكست أمراضها على الأطفال على شكل أمراض أو مشكلات نفسية أو دراسية .

ولذلك فإن هذا الكتاب سيكون عوناً كبيراً في الإجابة عن الكثير من السؤالات التي تدور في أذهان المعينين بأمر الطفولة ، حيث تعرّض إلى الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية في ثانية فضول أساسية موسحاً في كل مشكلة أو مرض تفصي المظاهر والأسباب وطرق الوقاية والعلاج من هذه الأمراض

والمشكلات .

ومن أجل تحقيق المدف الذي وضع من أجله هذا الكتاب ، حاولنا تضييه نتائج لعم الدراسات والأبحاث التي أجريت في بلدان عربية وأجنبية بالإضافة إلى خبرتنا الميدانية الطويلة في هذا المجال .

ولذا فإن أمل كبير في أن تكون قد أعطت موضعيات هذا الكتاب حلها من المنشقة والمعابدة ليتمكن القراء من الاستفادة المباشرة من عقلياته ، ونكون عوناً له في مساعدة الأطفال سواء داخل الأسرة أو في المدرسة أو غير ذلك من مجالات .

والكتاب الذي بين أيدينا سيكون مرجعاً في المكتبة العربية ، حيث أن ما كتب ونشر في مجال الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال قليل حتى الآن .

وإله ولي التوفيق .

المؤلف

الدكتور أحمد محمد الزعبي

الفصل الأول :

الأمراض النفسية عند الأطفال

- مفهوم المرض النفسي .
- أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال .
- أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال .

الفصل الأول

الأمراض النفسية عند الأطفال

مفهوم المرض النفسي : Neurosis

عرف زهران (١٩٧٨) المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المنشأ ، يدور في صورة أمراض نفسية وجسمية مختلفة ، يؤثر في سلوك الشخص في الواقع توافقه النفسي ، ويعوده عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه . والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون عقلياً يضفي بعض الغرابة على سلوك المريض ، وقد يكون شديداً مما يدفع المريض إلى الانتحار أحياناً . وتبين أمراض الأمراض النفسية تبليغاً كبيراً ، منها ما يتمثل في حالات نفadera ، ومنها ما يصل إلى حد الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال .

وقد نرى أن الأمراض النفسية عبارة عن اضطرابات نفسية - وظيفية تظهر على شكل أمراض نفسية وجسمية عديدة فتزداد في توافق الشخص نفسياً واجتماعياً فتحقق إنتاجه ومارسة حياته بشكل طبيعي .

أما فيما يتعلق بعلاج المرض النفسي فيتوقف ذلك على نوعه وعده وحده ، فبعض الحالات تعالج بزيارات متقطنة لأحد المدربين أو المرشدين النفسيين ، في حين أن البعض الآخر يحتاج إلىبقاء في المستشفى .

وموضوع الأمراض النفسية عند الأطفال يعطي معرفة العوامل المؤثرة في حياة الطفل والتي منها تترى مشاكله النفسية من خلال تأثيرها فيه وتأثيره بها

وحربي من يتناول موضوع الأمراض النفسية للأطفال أن يلاحظ ويفهم سلوك الطفل وانفعالاته ويعاناته والألمه على أساس فهم موضوعي لحالة الطفل

الريض التي تقوم أساساً على حيوة الجو الطبيعي، وغلوة الحر كي، وتطوره النموي ونضجه العقل والانفعال والاجتماعي . والجدير ذكره أنه من الجهل دراسة حالة الطفل المرضية ، يعزز عن نفهم الواقع الاجتماعي ، وكذلك يعزز عن الأذكار والتقييم والمقاييس التي يبنيناها الطفل في المجتمع أو يتعلمنها فيه .

والأمراض النفسية عند الطفل لها مسميات عديدة : فهناك الانسربات النفسية الوظيفية ، وهناك الانسربات النفسية ذات المظهر العضوي . وتنتمي هذه الأمراض النفسية بحدوثها كائنة كراس لرد فعل . فإذا كان الخوف عند الطفل هو المسيطر ، فإن هذا يولد لديه شعوراً بالقلق والانسربات ويعمله بيس بالخطر وهذا ما يقوده إلى البحث عن الأمان عن طريق أساليب دفاعية لتخالص من حالة الخوف التي تناهه . وفي هذه الحالة يمكن القول أن كل حالة انفعالية يكون الغرض منها مواجهة حالة خطر ، ومن كونها رد فعل لفعل وتساعد على السيطرة على حالة الخطر والخوف تُعتبر حالة مفيدة . وهنا تخدم حالة الانفعال الغرض الذي أتت من أجله وتزول حالة الانفعال بعد ذلك . ولكن ليس كل حالة تنتهي على هذا المستوى ، فالذى يحصل أن بعض حالات الانفعال لا تهدأ ولا تُحل المشاكل بهذه الكيفية ، وإنما يحصل لها إيجابيات بعد مقاومة ، وتحول الحالة إلى حالة مرمرة ، مما يولد نوعاً من الشعور بالضيق ، وعدم الرضا ، والظهور الداخلي والشعور بالظلم والمهانة والاكتئاب عند الطفل ، وتحول الحالة من الشعور إلى اللاشعور .

وتشخيص الأمراض النفسية عند الأطفال يكون صعباً بعض الشئ ، إلا في حالة عدم وجود أمراض لأمراض عضوية ، فإن الشخص يكون أسهل مما لو كانت الحالة يشوبها أي مظهر عضوي . لذا فإن تقييم حالة الطفل الجسدية من الأهمية يمكن أن في وضع الشخص للناسب للحالة ، وكذلك فإنه لا بد من وضع تقييم متكامل لحالة الطفل النفسية والاجتماعية ، وكذلك تقييم لشخصية الطفل ومستوى الانفعال .

كما أن علاج الأمراض النفسية للأطفال (الانسربات النفسية الوظيفية والأمراض النفسية ذات المظهر العضوي) ليس من السهل ممارسته وتحقيق نتائج بيس وسهولة . فالكثير من الحالات يكون مصدرها وأسبابها متعددة ومتزمعة بالإضافة إلى الواقع الشعالي والاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل .

أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال :

إذ لكل شيء سبباً وإنه لا شيء سبب من لا شيء . وللبدا الرئيسي في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب .

فالحياة النفسية ليست من اليساطة بحيث تكون رهينة لسبب واحد ، فمن الصعب أن نقول أن الأسباب الوراثية أو الاجتماعية وحدهما السبب الوحيد الكامن وراء حدوث المرض النفسي ، بل تعدد الأسباب إلى الحد الذي يصعب في الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها .

ومن أجمل التسهيل يمكن تصنيف أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال إلى ثلاثة أقسام هي :

١ - الأسباب الحيوية (البيولوجية) :

وهي ما تسميهها الأسباب الجسدية أو العضوية المثناً والتي تطرأ في تاريخ نمو الفرد . فالطفل له مكوناته البيولوجية التي ترتكز على الوراثات ، والتي تشكل المركز المحوري لموضع نقل الصفات الوراثية ، سواء من حيث الشكل أو اللون ، أو النمو في حالي السلامة والمرض ، والتي على أساسها تظهر متطلباتها الاجتماعية والتطور والبقاء .

كما أن الطفل مكوناته الكيميائية والتي لها تفاعلياتها ضمن سياق النشاط الوظيفي لجسم الطفل ، لذا لا بد من فهم الطفل على أساس أن جسمه له نشاط وظيفي بشكل تكامل وتناسقي وتناغمي ، وأن كل عضوه له شأنه الثاني الوجيه للقيام بهما معهية لم يتم بها أي عذر آخر غيره .

وقد تغلب الأسباب القبيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشرأً ويسى حيث الانحراف النفسي فسيولوجياً أو عضوي المثناً .

ومن أهم الأسباب القبيولوجية انحراف وظائف الاستقبال الحسي (الحواس) ، وخلل الجهاز العصبي المركزي ، وخلل الجهاز العصبي الذالي ، وخلل الجهاز الدورى ، وخلل الجهاز النفسي ، وخلل الجهاز المخاطي ، وخلل

الجهاز البول والتناول ، وخلل الجهاز الهيكلي .

٢ - الأسباب النفسية :

وهي أسباب ذات أصل ومتناها تتعلق بالنمو النفسي المفترض في الطفولة ، وعدم إشاع الحاجات الفرورية للفرد ، واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية .

وأهم الأسباب النفسية : الصراع الذي يهدى الشخصية تكون فريسة للمرض النفسي . ويتضح الصراع في تحبب الواقع ضد مواجهة الواقع ، والإهتمام على الغير ضد الاهتمام على النفس ، والإلحاح والخوف ضد الإقدام والشجاعة والحب ضد الكره ... إلخ .

كما أن الإيجاب الذي يعرق الطفل عن إشباع حاجاته الأساسية ، والشعور بخيبة الأمل ، ونكرار مثل هذا الإيجاب يؤدي إلى خيبة الأمل عند الطفل فيما يهدى تحقيقه من أهداف ، وذلك لوجود عائق أو عزوف قاتمة أكبر من إراداته يهدر عازلاته للتغلب على العائق سعياً للوصول إلى أهدافه ، و يؤدي إلى تحفيز اللذات والذائق . كما أن المحرمان سواء أكان حرماناً حيناً أم نهائياً ، لم ينشأاً وعدم إشباع الحاجات الأساسية ، كاحتياجات المشربة والحسنة ، والانفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية ، ومن حب وحنان الوالدين ، كل ذلك يؤدي إلى التعدم الفرصة لتحقيق الند الواقع أو انتقامتها بعد وجودها .

٣ - الأسباب البيئية :

وهي الأسباب المحيطة بالفرد في البيئة أو المحيط الاجتماعي ، فالبيئة الاجتماعية التي تنشأ فيها القراءة وترى فيها ، والمؤثرات التي يتعرض لها في طفولته ، تحدد سمات شخصيته سواء أكانت سوية أو غير سوية . فالعقل الرضيع الذي لم يحصل على عطاب ودفء وحنان أمه ، ويتعرض لحالة الجوع ، وعدم شعور بالرضا والراحة ، يلجأ إلى التعبير عن ذلك بإحداث حركات عصبية ، وانفعالات حركية ، وقد تأخذ مظهراً حركياً وخشوعياً من قبل الرضيع . كذلك يظهر عليه عدم الاستقرار والبكاء والصرخ والتغلب ، وقد يحصل عنده دفع ما في معده إلى فوق ملابسه ، كما يلاحظ عليه مظاهر وتقاصلات معينة غريبة . كما أن

الصراع والشعور بالقلق والخوف والاضطرابات التي تحدث للطفل مع أشقاءه وأصدقائه ومحاربه ، بالإضافة إلى بعض الصعوبات التي يواجهها في مدرسته ، قد تؤدي إلى أن يأخذ المرض عند الطفل مظهراً جديداً يتمثل في الانيار النفي أو الاضطراب الوظيفي للتمثل بأعراض العصاب المختلفة عند الطفل .

ولكن لا يمكن تعميم ذلك على كل الأطفال . في بعض الأطفال تكون مظاهر المرض متعدمة أكثر بروزاً وبصورة من أطفال آخرين ، وهؤلاء يكونون مظهراً المرض لديهم أقل تأثيراً عليهم وأقل استجابة للمرض .

في حين أن النوع الأول قد يتطور المرض لديهم إلى حد إصابتهم بعلاقة جسدية أو وظيفية بالنسبة إلى بعض الأعضاء مما يجعلهم في صراع مع عيوبهم وعلوهم (الخليلي ، ١٩٨٧ ، ١٩٨٨) .

٤ - تعدد العوامل في تفسير الأمراض النفسية عند الأطفال

إن أحدث النهاة في تفسير الأمراض النفسية هو الاتجاه المتعدد العوامل ، والذي يرى أن الأمراض النفسية لا ترجع إلى سبب واحد وإنما إلى تضارر وتفاعل مجموعة من العوامل النفسية والجسمانية والاجتماعية والتربوية والأنسجة والأ虺ائية ... إلخ . ويمكن التمييز بين العوامل المهيأة لحدوث المرض النفسي والتي تشكل خبرات الطفولة السابقة ، وما يتعرض له الفرد من ضغوط ومؤثرات تربض خلال فترة حياته حتى تظهر إلى حيث الوجود بتأثير مجموعة من العوامل المساعدة والتي تكون بعثة ، الثالثة التي تصنف ظهر البير .

والعوامل المساعدة عن حدوث المرض النفسي تختلف باختلاف الأفراد من حيث كم ونوع المثير اللازم لحدوث الانحراف . فالشخص المزمن يختلف ما يلزمته للاضطراب والمرض عن الشخص العاقل ، المهز و التوتر ، والمستعد للإصابة بالمرض (عسوي ١٩٨٤ م) .

أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال :

بعض العرض عن الاضطرابات الوجودة عند الطفل ، وعلامة من علامات المرض النفسي ، تذكر الأمراض النفسية تصف على أساس الأمراض .

لذا فعد دراسة الأمراض النفسية وتنبيه مرض نفسي عن آخر لا بد من ملاحظة الأعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض .

هذا ولا يقلو إنسان من الأعراض . ويندر أن تجتمع الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد . والفرق بين الشخصية السوية واللاسوية هو فرق في الدرجة وليس في النوع . وقد تقلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أو مرضًا نفسياً فائتاً بذلك مثال: القلق ، المخوف ، الوساوس ، الخ . . .

فالأعراض تختلف عن الحياة الخاصة للمرض ، وعادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدقيقة وذكرياته المكتوبة وغلوه . كي تثلل الأعراض غالباً طرقاً خاصة للتوافق وحلولاً عصبية للصراع ، وخططاً قاتلة للذماع النفسي . هنا وتظهر أعراض المرض النفسي في شكل مجموعة أعراض (Syndrom) ، وهذه المجموعة المثالثة من الأعراض هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض آخر . كي أن للمرض معنى رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمى .

ظاهرة العدوان عند الطفل قد تكون تعبيراً عن حاجة لتأكيد الذات مثلاً . فالمرض قد يكون وسيلة لصياغة قيمة الذات ، وطريقة للتوافق النفسي . هنا وللأعراض أهداف قد تكون أهدافاً أولية (ذاتية) والتي يكون في تحقيقها مكاسب يغزو بها الفرد ولو على حساب خسائر من تابعة أخرى ، وأهم هذه الأهداف: السيطرة على القلق وخفقان التوتر ، وحل الصراع أو العمل على حله باستخدام واحدة أو أكثر من حل الذماع النفسي ، وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الواقع التي يستقيمها الفرد ، وامتصاص الطاقة النفسية المبكرة من الواقع المكتوبة واستنفاد شحتها . . . إلخ .

أما الأهداف الثانوية للأعراض فقد تكون في استثمار العطف ، واستئناف الآباء من قبل الآخرين ، وكذلك المروب من المأزق والواقف العصراً ، والخلط من المسؤولية الشخصية ، ولتجنب الأعباء التي لا يحبها الطفل ، وتعويض الشخص أو العجز أو المترمان ، والتعزز بمحنة الآخرين ورعايتهم ومساندتهم كبدائل محل عمل الم Horman المائي ، وكذلك وقاية الذات واسترها والمحافظة على كيانها .

تصنيف الأعراض :

الأعراض متداخلة بشكل كبير ، وذلك لأن الجهاز النفسي ليس فيه أقسام ممتدة بعضها عن بعض ولكنها متكاملة . هنا وتحتاج الأسس التي تصنف وقوعها للأعراض وأهم هذه التصنيفات ما يلي :

١- الأعراض الداخلية : لا تلاحظ مباشرة ، وإنما تظهر من خلال تغيراتها السلوكية مثل : المخوف .

٢- الأعراض المخازية : تكون ظاهرة وواضحة مثل فرط إفراز العرق في أثناء حالات القلق أو التجمد في حالة الصباب .

٣- الأعراض العضوية المثنا : تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو أي جهاز آخر .

٤- الأعراض النفسية : تتعذر عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعبر علامات بدل عادة الريض في جهازه وبحسب ودفائعه ضد مثلكاته . والأعراض النفسية المثنا تكون غالباً تغيراً عن الالاتسوار ، وبالتالي فالريض لا يعني أصلها أو معناها بدل يعني وجود ضغط داخل فيوجه هذه الأعراض كأساسة لمقاومة هذا الضغط . وأهم الأعراض النفسية : اضطرابات التفكير ، واضطرابات الإدراك ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، وكذلك اضطرابات الكلام ، والاضطرابات الإنفعالية ، واضطرابات المركبة واضطرابات النوم . . . إلخ .

٥- أمراض نفسية جسمية : وتشمل اضطرابات في الجهاز الدوراني ، والجهاز النفسي ، والجهاز المخفي ، والجهاز المتدفق ، والجهاز البولي .

علاج الأمراض النفسية :

سوف نتحدث عن هذا الجانب عندما يتم الحديث عن الأمراض النفسية في الفصل الرابع ، حيث نتطرق إلى طرق الرعاية والعلاج لكل مرض نفسي على حدة .

الفصل الثاني :
التنشئةوالوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

- طبيعة التنشئةوالوالدية .
- مفهوم التنشئةوالوالدية .
- أهمية التنشئةوالوالدية .
- العلاقة بين التنشئةوالوالدية والأمراض النفسية للأطفال .

الفصل الثاني

التنشئة الوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال

ـ طبيعة التنشئة الوالدية :

هناك اختلاف بين الطفل الإنساني والطفل الحيواني ، وذلك من حيث شدة حاجته إلى الرعاية والحماية ، وكذلك من حيث طول الفترة التي يتضمنها قبل أن يستطيع الاعتماد على نفسه ، ويكون قادرًا على مواجهة الحياة وتحمل المسؤولية . فالسلوك الإنساني يتأثر بعوامل عديدة بعضها يعود إلى العوامل الوراثية وأوضاعيات الخدود ، والبعض الآخر يعود إلى العوامل البيئية والتي تتمثل في عمليات التعلم ، والتنشئة الوالدية في الأسرة ، والعلاقات التي تم بين الطفل وزملائه في المدرسة ، وكذلك من خلال المحيط الاجتماعي والثقافي العام الذي يعيش فيه الطفل . ونظراً للدور الذي تقوم به العوامل البيئية في تشكيل وتعديل السلوك الإنساني فقد تزايد الاهتمام من قبل علماء النفس وعلماء الاجتماع بعملية التنشئة الاجتماعية « وهي العملية التي يتحول من خلالها الولد من كائن بروابطي إلى كائن اجتماعي » ، وذلك من خلال عملية التفاعل مع الأسرة والمنبرة وبقية الأفراد الآخرين الذين لهم علاقة مع الطفل » .

وذلك تُعتبر التنشئة الوالدية من أهم العوامل البيئية التي تم من خلالها عملية التنشئة الاجتماعية . فقد أجمع علماء النفس بالتعاون معهم المختصون على أن أساليب التربية التي يتبعها الوالدان في تنشئة أطفالها لها أكبر الأثر في تشكيل شخصياتهم في المستقبل ، وفي نوع الأوضاعيات الشبه التي يصرضون لها . وهذا ترى نظرية التحليل الشبيه أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تُعتبر أهم سفي حياته على الإطلاق ، وهي التي تترك آثاراً كبيرة في نفسية الفرد . كما يرى فرويد (١٩٥٢) أن أساليب المرض الشبيه تعود إلى استعداد ناتج عن

الليبي . وهذا الاستعذاد يتوقف على الخبرات الطفولية للفرد (انظر كتابي ، ١٩٨٩ ، ص ١٥) .

كما يرى السلوكيون (دولاد ، ميلر ، سيرز ، مورر) ان الإنسان يولد مزوداً باستعدادات أولية تشكل الماتدة الخام لشخصيته ، ثم تبدأ هذه الاستعدادات بالنمو والتتطور والتعديل استعداداً إلى ميادى التعليم في الأوضاع التربوية وخصوصاً الأسرة .

بالإضافة إلى ما يؤكده عليه الشخص من العلاقة بين النشأة الوالدية والإصابة بالأمراض النفسية ، فإن الأطباء النفسيون يصررون أن النشأة الوالدية تلعب دوراً بخالوت في أهليته في نشأة العصايب والذهان .

— مفهوم النشأة الوالدية :

يشير مفهوم النشأة الوالدية إلى نوع المعاشرة التي يتلقاها الطفل من والديه في المنزل وطبيعة علاقته بهما . ويعتقد بها كل سلوك يصدر عن الوالدين ويؤثر في الطفل وفي شخصيته سواء أقصد بهذا السلوك التوجيه أم التربية .

ولهذا تُعتبر النشأة الوالدية موضوع اهتمام كبير من قبل علماء النفس ، حيث أنها تُعتبر من أهم العوامل البيئية التي تؤثر في سلوك الإنسان وفي شخصيته ، وظلا يكتسبون مفهوم النشأة الوالدية العمليات الآتية^(١) :

١ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء استجابة الوالد أو الوالدة أو كلبهما لسلوكه .

٢ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء أساليب الترباب والعقاب التي يتخذها الوالد أو الوالدة أو كلبهما يقصد تعليمه أو تدريسه .

٣ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء اشتراكه في الواقع الاجتماعي التي يتحتها له الوالد أو الوالدة أو كلبهما بهدف تعليمه الأساليب الصحيحة للسلوك في نظرها .

٤ - التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التوجيهات البالغة والمعاني

(١) كتابي ، علاء الدين : النشأة الوالدية والأمراض النفسية ، دراسة لميرية .
كتيبية ، القاهرة : هجر ، ١٩٨٩ ، ص ٥٦ .

اللقطة التي يوجهها الوالد أو الوالدة أو كلاما يقصد توجيهه إلى الأساليب
الصححة في السلوك.

٥- التأثير الذي يحدث في سلوك الطفل من جراء التعرض بين سلوب الوالد وأسلوب الوالدة في طريقة تربية العقل، وأسلوب حملته.

ـ مدى أهمية التنشئة الوالدية :

للتنشئة الوالدية أهمية كبيرة في التأثير في سلوك الطفل ونموه وشخصيته . فالنشئة الوالدية تتطور على الكثير من أساليب التعامل مع الطفل ، والكثير من العادات والتقاليد وأساليب السلوك التي يمارسها الآباء من خلال عملية التنشئة الوالدية . كما يسود في كل أسرة جو خاص يحكم العلاقات بين أفرادها ، وهذا الجو وما يتصف به من دفء وحنان أو من قسوة وكراهة أو من دهليزية أو تسلط أو تدليل يتأثر في شخصية الطفل وسلوكه في لفيف الألف اليومية للختففة .

ولذا يكون للعلاقات النسبية التي يكتسبها الطفل مع آمه في السنوات الأولى من حياته أثر في تطوير ملامح شخصيته ، فإذا لم تكن هذه العلاقة حية فإنه يمكنه من الصعب تكوينها فيما بعد . ويرى إرلسون Erikson (١٩٦٣) أن فكرة الطفولة الأولى هي فكرة الإحساس بالثقة والتغلب على الإحساس بعدم الثقة ، حيث يحدد الطفل تلقه بنفسه وبالأغرين من خلال ملائكته يائه .

بالإضافة إلى ذلك فإن دور الأم في مشاركة الطفل وجداتها له التأثير في تربية الطفل ، فالأم التي تخصص وقتاً طويلاً في اللعب مع الطفل تكتب وده وصدقه مما يؤدي إلى علاقة حميمة يسودها التفه و الشفف . ولكن الدراسات أكدت أنه ليس للأم في عدد الساعات التي تقضيها الأم مع طفلها ولكن في نوعية التفاعل الخالص بين الطفل وأمه ، إذ قد تقضي الأم وقتاً طويلاً مع الطفل في غرفة واحدة ، إلا أن التفاعل بينهما يكون ضعيفاً (الصراف ، 1991) .

وقدماً يرى كون Kohn (١٩٨٩) أن مستوى وهي الأم يعتبر عاملًا أساسياً في معاملة الطفل ، فالمراوغة تهتم كثيراً بعملية تربية الطفل وذلك من خلال تأثيرها على أهمية الإثبات النفسي والسعادة والانضباط الذي للطفل ، في حين أن الأم للتغذية إلى الوعي التربوي فإنها تهتم فقط بالمسيرة الاجتماعية أو المعاشرة .

كما أثبتت الدراسات أن أطفال الأسر التي يسود فيها الجو الديمغرافي والذين كانوا سعداء انتظاماً في مرحلة الحضانة كانوا أكثر نشاطاً واجتماعية وأكثر رغبة في التعلم والاستكشاف . في حين أن أطفال الأسر التي تبع لسلسلة التسلل والتحفظ كانوا أكثر عوقاً من التعرض للخطر وأكثر عدفافة على أجسادهم وملابسهم ، وأن المهارات الكثيرة كانت لديهم أقل ثواباً .

أما الأسر السلطانية فتحت عد أبنائها التمييز العنصري والتفضيل ، والغوف من السلطة أو الطاعة العبيدة ، أو تسلل ، فرداً لذاته مشارعاً الذنب والقلق وفقدان الثقة بالنفس بشكل واضح . وهذا الأسلوب في التربية من شأنه أن يفرض تماماً سلطوية ، وزعزعات عدوانية في سلوك الأبناء فيما بعد . وظلا يقول كولي Cooley : « إن المجتمع مرآة يرى فيه نفسه » فالمعلم الذي يُعامل بالسلطنة لا بد أن يظهر السلطنة والعنوان في سلوكه . ويرى مورفي Murphy (١٩٧٢) ، وروبرت White (١٩٧٨) أن التزمر الشديد في الشلة الوالدية يؤدي إلى ظهور انحرافات سلوكية متعددة وخاصة اللعلن والاعتراف التفكري والعقائدي ، وحالات المستيريا .

كما أن المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأهالى أثراً في سلوك الطفل . فالأمهات الأكثر تعليماً والأفضل من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي أكثر ميلاً إلى توفير الاستقلال لأطفالهن ، وأكثر تعليماً وميلاً إلى المساواة بين أطفالهن ، في حين أن الأمهات الأقل تعليماً والأقل من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي كن أكثر ميلاً إلى القبض والعقاب .

بالإضافة إلى ذلك فإن حجم الأمرة ، وترتيب الطفل البالادي بين أخواته ، ونوع جنس الطفل ، وعمر الوالدين ، كل ذلك يؤثر في أسلوب تربية الطفل ، ولكن كل واحد من هذه العوامل ليس هو المثير الوحيد وإنما يُعتبر أحد المؤثرات والتي يتفاعل مع غيره للتأثير في سلوك الطفل وشخصيته .

فقد وجد روينبرغ Rosenberg (١٩٧٩) أن هناك انتظاماً جوهرياً بين أسلوب معاملة الطفل عند أمهات الأسر الكبيرة وأمهات الأسر الصغيرة ، وذلك يسبب الأجراء التربوية والتنمية والاجتماعية التي تهتم بالطفل في كل الأنواع من الأسر . كما وجد بولوك Bullock (١٩٨٨) أيضاً أن علاقة الطفل المبكرة بالأم تؤثر إلى حد ما بحجم الأسرة وعدد الأطفال لدى الأم ، حيث أنه كلما زاد عدد

الأفراد في الأسرة كلها كثُرت مسؤوليات الأم ، وقلَّ اهتمامها بالآباء .

وفي دراسة أخرى لجراها موليز وموليز *Mullis & Mullis (1987)* حلَّ صيحة من الأسر تتألف من ٨٦ أمًا وأطفالهن ، تبيَّن أنه كلها صفر صفر الأم كان تأثيرها أكثر في عملية التفاعل مع الطفل ، وأتها تقفي وقفاً أطول في اللعب معاً بالمقارنة مع الأمهات الأكبر سنًا .

من جهة أخرى فإنَّ التباينات الوالديَّة نحو ذواتهم يعكس على التباينات نحو الآخرين ، حيث أنَّ تقبل الذات يرافقه تقبل الآخرين ، وعدم تقبل الذات يعكس على عدم تقبل الآخرين . وهذا فإنَّ التباينات التي يكتُبها الطفل نحو ذاكه ونحو الآخرين والتي تحدد سلوكه وشخصيَّته ، تتمكُّن تلك على إيجاده الدراسي وأساليب تفاعلاته مع الآخرين . وهذا ينحو بدرجةٍ أساسية على مدى تقبل الوالدين للطفل في طفولته المبكرة والتي تُعبَّر كُمًا ترى مدرسة التحليل النفسي أهمَّ الرسائل في تكوين شخصيَّة الإنسان .

ـ العلاقة بين التباينات الوالدية والأمراض النفسيَّة للأطفال :

لقد أعادت النظريات النفسيَّة والسيكولوجية أهمية كبيرة للتباينات الوالدية ولطبيعة العلاقات التي تُسُبِّب بين أفراد الأسرة في نشوء المرض النفسي عند الأطفال ، متعلقة في ذلك من أنَّ المرض هو الأسرة ، يُعنى أنَّ الأمهات تشكُّل الأرض المحببة لنشأة المرض النفسي .

وقدَّم بري بيرن وآخرون *Brown, et. al. (1961)* أنَّ الأسرة واحدة واحِدة ، والمُضطربون داخل الأسرة هُوَ الشخص الذي يُغرس عن طريقه الأسرة عن انتظامها (فهو عرضٌ لا تُعانيه الأسرة من اضطراب) .

كما يرى باتسون وزملاؤه *Bateson, et. al. (1960)* أنَّ الطفل يقع في قيادة المرض النفسي عندما يتعرَّض للاتصال به وبين الأم للتشوه .

أما أكرمان *Ackerman (1968)* فيركِّز على الناحيَّة الوجدانيَّة والإيماعات العاطفية المُتَفَاعِلة داخل الأسرة . حيث يرى أنَّ الأسر المُرْبَّبة يوجد عندها نوع من التناقض الوجودي بين ما يُطلَّ على السطح وما يوجد في الداخِل . فما يُبَدَّل على السطح يتصف بالملحوظ والثابت والاستقرار ، ولكنَّه هدوء يتصف بالركود ،

وبيات أهل إلى الجمود . ويرى الوالدان أن الآباء يجب أن ينبعوا كما هي ، حيث ينتشر نوع من الملل والوجدن في الأسرة . وهذا الجلوس ينعكس على التعامل بين أفراد الأسرة وبصيغها بصيغة الكثالية . فالقدوة الظاهري المصططن سرعان ما تزقه بين أهلين والأخر بعض التوترات العنيفة التي تبدأ من حادث بسيط ، ولكنه سرعان ما يشمل الأسرة كلها ، ويقترب المدوى إلى ثورة خامرة وذعر شديد . وهذا يصبح للنزل مكاناً مرحضاً قارقاً من العلاقات الإنسانية الخديمة والدالة . بكل شيء يفقد معناه داخل هذه الأسرة ، وكل واحد ينظر إلى الآخر دون أن يرها ، كما تغرس مثل هذه الأسرة على تأكيد قيم التقليد الكاذب عند أبنائها وضرورة الشخصية . لذا يشعر أبناء هذه الأسر بالقلق والشعور بالذنب مما يوحي إلى سيادة مثل هذا الشعور عند كل أفراد الأسرة . وهذا يسقط الفرد مشاهراً على العالم الخارجي فيدركه علناً قاسياً وغير آمن .

أما العالم شولمان Shulman (١٩٦٨) فيعتقد أن الفيامي يُصنع ولا يولد ، وهذه الصناعة تبدأ منذ سن الطفولة ، ويرى أن هناك عاملان وسليمان هو القيم الشخصية ، وهذه القيم الشخصية التي يكتسبها الفرد ينبع هي التي تؤدي إلى المرض . وهذه القيم يكتسبها الفرد في لسرته في أثناء الطفولة عن طريق تعليم الوالدين له كيفية الاستجابة في مختلف الواقع .

في حين أن وولمان Wolman (١٩٧٠) ، يرى أن الفشل وخيبة الأمل اللذين يواجههما الوالدان لها أكبر كثافة في تلك المرض عند العقل . فمثل هؤلاء الآباء لا يبحث كل منهم عند الزواج عن شريكة ناجحة ، وإنما يبحث عن آباء محظوظين في زواجهم . وهذا يتوقع كل منها أن يجد عند الآخر ما يفتقد هو ، وما يفتقده الطرف الآخر أيضاً . وسرعان ما يشعران بالإحباط والضيق والفشل للزوج . . . وهذا الشعور عند الوالدين هو الملاك الشائب الذي تنشأ فيه المهميات المرهيبة . فالطفل في هذه الأسر ينشأ مثل غيره من الأطفال فما رأى أصعب الحياة يحتاج إلى مساعدة الآخرين ، ولكنه يتحقق بعد ذلك أن هناك شيئاً خطيراً بالنسبة إلى اهتمامه على مساعدة والديه . فهو لا يجد مساعدة وإنما يجد استهجاناً . ويعيش تحت تهديد مستمر بأن يفقد حب الوالدين إذا فكر أن يخرج على الأساليب المحدثة له ، وكلما أجهد العقل نفسه في إرضاء والديه ، طلب منه المزيد ، وكلما أطعن على من الحب عجل ذلك في إياه مصادره الماكرة واتهى به الأمر إلى انحراف ذهاني (كفافي ، ١٩٨٩) .

كما وجد كاسانين ، وستيت ، وساج Kasanin, Knight & Sage (١٩٣٤) أن أسلوب الخالية الثالثة والرفض عند آباء المرضى الفحصيين يمثل ٦٠٪ من عموم أساليب معاملة آباء مجموعة من الفحصيين . كما وجد شبيغل Spiegel & Bell (١٩٦٧) أن آهات الفحصيين يحسن بعلم الأمان والطمأنينة والتصلب والسيطرة . وفقاً فإن مثل هذه السمات المرضية عند الآباء تتعكس على أساليب العناية للأبناء لهم وتجعلها غير سوية ، كما تجعل الجو الأسري مضررياً وغير صالح للنمو السوي .

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية (في ولاية ميشيغان) على ٥٠٠ طفل تم استنتاج الآتي :

- وُجدت علاقة واسعة بين العنوان غير الاجتهادي عند الأطفال وبين سلوك الرفض من قبل الآباء . كما وُجدت علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك الإهمال من قبل الآباء .

وفي دراسة أخرى أجريها كاس Cas (١٩٥٢) وجد علاقة بين سلوك الجنوح عند الطفل وسلوك التحكم عند الآباء .

وفي دراسة قام بها ليفي Levy (١٩٥٤) عن العلاقة بين الخالية الثالثة عند الآهات وأثرها في سلوك الآباء وجد أن الأطفال الذين يُعاملون بخالية زائدة معتمدة على التسلط كانوا هندين ومستهينين في المزبل ، ومتناهين توبيات التغذية ومن الصعب السيطرة عليهم . أما الأطفال الذين غُرموا بخالية زائدة فائدة على السيطرة فقد كانوا عاتقين في المزبل ومن الصعب عليهم تكون الصداقات ، كما يميلون إلى السيطرة أو الاستحباب ، ونصفهم كان يعاني من مشكلات متصلة بالأكل (كفافي ، ١٩٨٩) .

الفصل الثالث :

التوافق النفسي والاجتماعي وأثره في شخصية الطفل

- مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي .
- أساليب التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال .
- أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل .
- التوافق وحيل الدفاع النفسي .
- دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال .
- أهمية شعور الطفل بالأمن في توافقه النفسي والاجتماعي .
- أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي .

الفصل الثالث

التوافق النفسي والاجتماعي واثره في شخصية الطفل

– مفهوم التوافق النفسي والاجتماعي :

إن ظروف الحياة في حالة تغير مستمر ، وهذا ما يضطر الكائن الحي إلى تعديل استجاباته كلما تغيرت ظروف البيئة التي يعيش فيها ، كما يضطر أحياناً إلى إحداث تعديل أو تغيير فيها . وهذا يعني بأن الحياة تتضمن القيام بعمليات التوافق بشكل مستمر . ويرى دسوقي (١٩٧٤) أن علم النفس هو علم دراسة التوافق . وما دام الكائن الحي قادرًا على القيام بهذا التوافق المستمر ، فهو يستطيع الحياة والبقاء . أما إذا عجز عن القيام بهذا التوافق فسيؤدي إلى الاختطاف والمرض ، وقد يؤدي إلى الاللاك .

وإذا أن التوافق يتطلب تغييرًا في سلوك وتفكير واتجاهات الشخص ، فهذا يفرض عليه أن يكون على درجة كبيرة من الرونة والقابلية للتتعديل والتغيير ، فإذا صرخ عن إشباع حواقهه تعرض للإجهاض والقتل ، أما إذا اصطدمت ربيكه مع رغبات المجتمع فإنه يسمى إلى استعادة التوازن والانسجام وتعديل سلوكه ليتوافق مع سلوك الجماعة ، وذلك باتباع التقاليد والحضور للاتزامات الاجتماعية ، أو يقوم بغير بعض عاداته واتجاهاته ليروي الجماعة التي يعيش فيها ، ويسمى ذلك بالتوافق الاجتماعي (الملاجي ، ١٩٧٣) .

فالتوافق كما يراه سلوتنken Slotken مسألة مهارة مرتبطة ب نوع الخبرارة والثقافة التي يعيش في كفتها الفرد . فالتوافق نسي ، لأن حالة استقرار مؤقت للاتزان الحسي والنفسي .

ويؤكد شورن Shoren نسبة التوافق ، إلا أنه يضع عدكًا للتوافق يقدر بذلك ثور إمكانات الفرد ومدى توظيفها وتحقيقها في الواقع (المغربي ، ١٩٩٢) .

فالتوافق كما يعرفه نجاشي (١٩٨٤ ، من ٣٦١) هو « الشاط الذي ينبع به الكائن المي ويعودي إلى إثبات الواقع ». وبهذا المعنى يكون التوافق عبارة عن مجموعة ردود الفعل التي يعدل بها الفرد كيانه الشهي لسلوكه ليتوجب لشروط عينية معينة . فهو عبور النمو النضي والاجتئامي ، وهو من أهم مطالب النمو العقلي والمعرفي والاجتئامي ودليل على الصحة النفسية للفرد .

والتوافق الذي يستطرد إليه في هذا الفصل سوف يتضمن المعنى النضي والمعنى الاجتئامي .

فالتوافق يعنه الشهي يتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها ، وإثبات الواقع والمخابرات الأولية والثانوية ، بالإضافة إلى التوافق لطلاب النمو في مراحله المتتابعة . ويعرّفه زهران (١٩٧٨) بأنه « عملية دينامية مستمرة تتولّ السلوك والبيئة الطبيعية والاجتئامية بالتغير والتتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة ». أما الخضرى (١٩٨٧ ، من ٢٠٥) فتصرّفه بأنه « عملية مبنية على ملاقة جدلية بين الذات بكل خبراتها السابقة وإمكاناتها المعقولة وطموحاتها ، وبين العناصر والمعطيات الموضوعية ». كما يدركها الإنسان في الواقع المختلفة ، ويتراوّف الفرد عادة مع الواقع الذي يدركها على أنها ميسرة لتوظيف إمكاناته ، وداعمة لتحقيق طموحاته ». فالتوافق الشهي مفهوم نسبي عند الأفراد ، ويختلف باختلاف الثقافات والواقع المختلفة .

وقد واستناداً إلى ما تقدم نعرف التوافق النفسي بأنه « عملية لما يقوم به الفرد من علاقات تفاعلية مع البيئة التي يعيش فيها ، المدفأة منه إحداث توازن شهي بين الفرد وبينه من أجل ضمان توفر إمكاناته وتوظيفها وتحقيقها في حيز الواقع » .

أما التوافق يعنه الاجتئامي فقد وصفه زهران (١٩٧٨) بأنه ذلك التوافق الذي يعبر عنه بعلاقة الفرد للتوجهات مع بيته الاجتئامية والسعادة مع الآخرين ، ومسيرة المعاير الاجتئامية والامتثال لقواعد الضبط الاجتئامي ، وتقبل التغيير الاجتئامي ، والتفاعل الاجتئامي السليم والعمل على تحرير الجماعة والسعادة الزرجمية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتئامية .

أما أبو التيل وجدة أمد (١٩٨٥ ، من ١٩) فيعرّفان التوافق الاجتئامي

يأنه «قدرة الفرد على إقامة علاقة مناسبة ومسايرة لأحضانه الجماعية التي يتسنى إليها وبغض النظر عنه تقدير واحترام الجماعة لأرايه وآرائهم». ولقد يمكن تعریف التوافق الاجتماعي بأنه « العملية التي يتمكّن بها الفرد من إقامة علاقات مناسبة مع المجتمع بما يتفق ويتجسم مع القواعد والمأمورات الاجتماعية السائدة فيه ، بما يحقق التوافق المُصْحِّي مع الذات والآخرين » .

وقدّما تكون الصحة النسبية للفرد في مدى قدرته على التوافق الاجتماعي وإقامة علاقات اجتماعية سليمة مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه .

— أساليب التوافق النفسي والاجتئاعي عند الأطفال :

من أجل التوافق مع مواقف الحياة التي تواجه الأطفال ، يميلون إلى استخدام أساليب توافقية مختلفة ، وقد يواجهون بالإحباط الذي يؤدي إلى التوتر النفسي ، مما يؤدي أحياناً إلى اتباع أساليب توافقية غير صحيحة . شائعة . تختلف باختلاف الأشخاص والظروف للمحيطة . كيأن الصراع الذي ينشأ لدى الطفل في مرحلة الطفولة والذي يكتسب حدة من والديه أو من يقوم مقامهما في تربيته وتشتت الاجتماعية يغير الأسلوب في سوء التوافق النفسي لدى الطفل . ولكن يجب أن لا يُفهم من ذلك أن الوالدين يحلّيان طفلهما هذا الصراع عن وهم منهما بل إن الطرق الخاطئة التي يبعها الوالدان في أثناء معاملة ولدهما هي التي ينشأ عنها هذا الصراع اللاشعوري عند الطفل (موسى ، ١٩٧٦ م) .

والأساليب التوافقية التي يستخدمها الأطفال قد تكون بالواجهة المباشرة لل المشكلات التي تعرفهم ، وقد تكون أساليب غير مباشرة ، أي يتحذّل الفرد وسائل بديهية تكون ذات قيمة إيجابية ، وقد تكون أساليب غير مباشرة يتحذّل الفرد وسائل بديهية تكون ذات قيمة سلبية

في مرحلة الطفولة نجد أن الطفل الأول يتحذّل مجموعة من الأساليب للتوافق عند ميلاد طفله جديد . فمن المعرف أن الطفل الأول يكون مركز اهتمام الأمّة ، وفي حالة مرضية من النشاط قبل ميلاد الطفل الجديد ، ولكن بعد هذا الميلاد يفقد الطفل الأول مركز الاهتمام ، وواجهه مشاكل أخرى ، ولذلك يلجأ إلى اختيار أحد الأساليب التالية للتوافق مع الموقف الجديد هي :

١ - قد يلجأ إلى أسلوب المواجهة المباشرة الإيجابي : حيث يساعد الطفل الأول

أبناء (العقل الثاني) أو يشاركه في العابه . وهذا ما يكتبه تقديرًا اجتماعيًّا من قبل الوالدين .

٢ - وقد يلجأ إلى القيام بنشاطات بديلة إيجابية : وفيها يقوم الطفل بفراءة الشخص ، أو اللعب مع رفاته ، وهذا الأسلوب أكثر احتمالً من أسلوب المواجهة المباشرة .

٣ - وقد يلجأ إلى نشاطات بديلة ذات قيمة سلبية : مثل الشفاعة ، والعدوان ، والتخريب ، أو المروب من المترد .

٤ - وقد يلجأ إلى أسلوب المرض (أو التبرّض) : عندما لا يجد الطفل الأول نفعًا من الأساليب الثلاثة السابقة ولم ينجم عنها لرضاه له فإنه يلجأ إلى هذا الأسلوب لاستعادة الاتساع المفقود ، ولينه الوالدين بأنه لا زال موجودًا وبخاتم إلى الاهتمام .

— أثر الأساليب التوافقية في شخصية الطفل :

يكون الطفل في حالة استخدام أسلوب المواجهة المباشرة للمشكلة في حالة نشاط مستمر ، حيث يتعذر أن رعايته لأخيه الأصغر واجبة ، أو أن ذهابه إلى المدرسة ضروري . . . وهذا ما يجعله يتغلب على الصعوبة التي واجهته بشكلٍ سليم . فالتوافق الناجح والصوري يؤدي إلى بناء الآنا وازدياد شعور الطفل بأهليته ، ويقوّي شخصيته ، ويجعله أكثر قدرة واستعدادًا لمواجهة مشكلات مستقبلية ، كما أن سلوكه يصبح أكثر تكاملاً مما كان عليه قبل مواجهة المشكلة ، أي أن هذا الأسلوب يسهل عملية التمثيل والوصول إلى استخدام أساليب أكثر ملاءمة لمواجهة مشكلات مستقبلية أكثر تعقيدًا .

أما في حالة استخدام الأسلوب البديل الإيجابي ، فقد يكون توافقًا مطلقًا أكثر من المواجهة المباشرة ، فيالرغم من أن اختيار سلوك بديل قد يتعذر عنه شعور بالفشل بالنسبة إلى العائق أو المشكلة التي تهدّيها الطفل ، فإنه من المحتمل أن يجعله يكرس طاقة أكثر على في السلوك البديل ، وأن الشعور بالفشل في إحدى المحاولات قد يكون دافعًا للفرد في بذله طاقة أكثر في مجال آخر .

أما استخدام الأسلوب البديل السلبي في التوافق فهو يؤدي إلى إضمار

قدرة الفرد على مواجهة المشكلة ويلجأ إلى المراوغة والهيبة والتملص، وهذا ما يضعف من شخصية الطفل وقد يعمم هذا الأسلوب في معالجة مشكلات المستقبل ويؤدي به إلى التالق وتصبح السلوك غير متوازن

أما الحالات الأكثر تطرفاً فهي استخدام الطفل سلوكيات بديلة سلبية شائنة . فهو يحاول أن يلتفت من حدة التوتر الشائنة عن المشكلات التي يواجهها في المجتمع بالانصراف عن المشكلة الأصلية والعيش في حياة الفعالية داخلية في عالم من الرؤم والخيال ، إنه أسلوب يكرس في الواقع .

فالطفل المترنح لا يعالج العوامل الأصلية التي تسبب المشكلة ، بل يعالج ظواهرها فقط ، والواقع يكتسي ميئراً جديداً لدى الفرد ولا ينتهي إلا بانتهاء الحياة

وامتداداً إلى ذلك فإن الأسلوب التوازن الذي كان قد استخدمه الفرد في حياته يميل إلى التبات في شخصيته ومن السهل تكراره عند معالجة المشكلات نفسها في المستقبل .

والحقيقة فإنه لا يوجد شخص يستخدم أسلوب المواجهة المباشرة ، أو أسلوباً توازناً بديلاً إيجابياً في كل وقت ، فكل شخص يستخدم أسلوب المراوغة والتهرب أحياناً ، ولكن الشخصية الفنية تميل إلى استخدام الترددتين الأوليين المتعادلين ، بينما ضعف الشخصية يستخدم الترددتين الآخرين في معالجة مشكلات الحياة ، مما يولعه في الأضطراب النفسي والتوتر والقلق ، ويؤدي به إلى اللجوء إلى حل الدفاع النفسي والتي تعتبر أساليب لاذعنورية من جانب الفرد المهدف منها تشويه الحقيقة للخلص من التوتر والقلق الناتجين عن الإجابات وعدهما وقاية الذات والدفاع عنها والاحتقار إليها ، وهذا هو أقصى درجات سوء التوازن النفسي والاجتماعي .

— التوازن وحل الدفاع النفسي :

تُعتبر حل الدفاع النفسي محاولات للإبقاء على حالة التوازن النفسي من أن يعيه الخلل ، وهذه الخلل يلتجأ إليها الناس في حياتهم سواء أكانوا أسواء أم شرلاً ، ولكن الفرق هو أن هذه الخلل تكون معتدلة ومحققة عند الأسواء ، ومبالغ فيها عند الشرلا ، والفرق بين الاستجابات السوية والاستجابات غير

السوية هو في الدرجة .

وأعم حل الدفع النفي الأكثر حدوثاً في مرحلة الطفولة ما يلي :

١ - النكوص :

هو العودة إلى سلوك غير ناضج كان يجد فيه الطفل بعض المتعة والراحة حين مواجهة مشكلة ما . مثال : حينما يلتجأ الطفل في سن السادسة مثلاً إلى التحدث بلغة ابن الثانية ، أو التبول على ثيابه . . . أو الليل إلى التحرّب من أجل لفت انتباه الوالدين ، أو التهرب من أجل العناية به .

٢ - الإستفاط :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب ما في نفسه من عيوب وصلات غير مرغوبة وبلا صفاتها إلى الآخرين أو المقدر أو سوء الحظ . ومثال ذلك : اتهام الطفل غيره بأنه عدواني وأنه يوسع ثيابه أو يمسّ إصبعه بالرغم من أن هذه الصفات أو بعضها موجودة لديه ويحاول أن ينفيها عن نفسه .

٣ - التبرير :

وهو تعليل السلوك بأسباب تبدو منطقية ومعقولة في حين أن الأسباب الحقيقة القمعالية وغير منطقية . والثبرير يختلف عن الكلب ، حيث أن التبرير لا يشعوري بينما الكلب شعوري .

٤ - الإنكار :

وهو إنكار الفرد لما هو موجود فعلاً تجنب الألم وإبعاد ذلك عن نفسه ، ومثال ذلك إنكار الطفل لموت أمه والتقول إنها موجودة في الفرقة المجاورة .

٥ - الكبت :

وهو ميل الفرد إلى إبعاد الأفكار والذكريات المؤلمة أو المخزنة للذمية إلى التلذق ، من حيز الشعور إلى اللاشعور تجاه مواجهتها وحماية الذات . مثال ذلك المرأة التي تعرف حقيقة خيانة زوجها ولكنها تلتجأ بذلك حماياً على أهانها ، وكذلك الوظيف الذي يعتقد على رئيسه في العمل ويكتب ذلك تجاهه من مواجهته وقد وظفته .

٦- الاستحاب :

وهو المرووب من مواجهة المشكلات الحقيقة ، ومن مصادر التوتر والقلق ، وللليل إلى العزلة والوحدة لتجنب الإيجاب الذي ينجم عن مواجهة هذه المشاكل .

٧- التقمص :

وهو ميل الفرد إلى أن ينسب إلى نفسه صفات مرفوقة على غرار ما هو موجود عند شخص آخر تردد عنده هذه الصفات [أو ينسب انتهاء إلى مؤسسة فيها من الصفات التي يرثب فيها أو جماعة تحمل صفات حيضة فهو « ابن لفلان أو طالب في كلية ... أو ينتمي إلى قبيلة ... » .

٨- ردود الفعل العكسيّة :

وهو التعبير عن الواقع المستهجة سلوكاً يشكل معاكساً أو استجابة مضادة ، فالطفل الذي يكره أخيه الصغير يميل إلى المبالغة في حبه كره فعل عكسي .

٩- العداون :

وهو هجوم يوجه إلى مصدر خارجي قد يكون شخصاً أو أشياء مسؤولة عن إعاقة بالفقة . مثال : عداون الطفل على أخيه أو على أبوه أو التشهير ب أخيه والتحدث عنه باستخفاف .

١٠- الإعلاء أو التسامي :

وهو الميل إلى الارتفاع بالواقع والرغبات التي لا يقبلها المجتمع وينظر إليها نظرة استهجان ، وتصعيدها إلى مستوى مرفوض والتعمير عنها بوسائل مقبولة ومرغوب بها من قبل المجتمع . مثال : « إعلاء إشباع الواقع إلى العداون عند الطفل إلى الرياضة والقراءة والفن ... » .

١١- أحلام البقظة :

وهي النزهه إلى عالم الخيال لتحقيق ما عجز الطفل عن تحقيقه في الواقع .

ومثال ذلك الإغراق المفرط في عالم اليقظة ، فأشلام اليقظة تكون مفيدة لو كانت مؤقتة ، ولكن في حالة استمرارها وسيطرتها على الطفل فإنها تؤدي إلى الاضطراب النفسي . وما لا شك فيه فإن أحلام اليقظة عند الطفل تتخلل القوة والنجاح والغيرية وإيجابيتها لو أنها تختلف حسب تجربة الطفل لذا ذلك إلى زوال صرامة النفي وشحوره بالإيجاب . وأحلام اليقظة في الغالب تتخلل القوة والنجاح والغيرية والتغلب على كل أنواع الصعاب فإذا ما ازدادت هذه الأحلام فإنها تسيطر عليه وتحمله حيسها وازدهر من سوء توافقه النفسي .

وعما أن لأحلام اليقظة خاتمة كان يرى الطفل نفسه طيباً ، أو طهراً ، أو مهندساً مما يدفعه إلى مزيد من الجهد في دراسته وتحصيله ، فقد يكون هذه الأحلام من جانب آخر دافعاً غير عقل الطفل وجعل المجتمع بذلك كان يرى الطفل نفسه خليلاً يملك المال وأباً له مما يدفعه إلى سرقة أهله أو الآخرين المحبطين به . وهذا ما يؤدي إلى الانحراف السلوكى والاضطراب عند الطفل . لذا لا بد للأباء والآباء من توجيه الطفل نحو عالم الحقيقة ، وتدريبه على التفكير السليم مع استخدام الخيال في حدود معقولة ومتطلبة .

— دور الأسرة في التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال

تُعتبر بيئة الطفل المحيطة والتي تشكل الأمرة ثوانيها الأولى . بما في ذلك أسلوب تربية الوالدين . - عوامل هامة في تشكيل شخصيته ، وتكوين انتماءاته ، ومبروكه ونظره للحياة . وهذا يعتمد علينا كآباء أن نعي ، للطفل الملايين المناسب منذ ولادته . ونبع أفضلي السبيل التي نعيش له المرور عبر مراحل الطفولة إلى للراحتة فالرشد بأمان . ولذلك لا بد من معرفة خصائص نمو الطفل في جميع توسيع شخصيه (الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية) وأن نعمل على تبنيتها بالطرق السليمة .

فالطفل في السنوات الأولى من حياته يتعلم الكثير من الخبرات التي تساعدنه على النمو السليم . فإذا توافر للطفل جو عائلي مليء بالحب والمعطف والطمأنينة استطاع أن ينمو ثواباً سليماً وأن يتوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه . أما إذا ساد الجو العائلي الخصم والقلق وتعددت مواقف المرمان وحدها بالنسبة إلى الطفل لدى به إلى الاضطراب والصراع وينعكس التأثر ذلك على شخصيه في

المستقبل . فما يكتبه الطفل في الطفولة المبكرة من عادات واتجاهات يميل إلى التبات النسي و من الصعب تغيره فيها بعد . فقد أكدت الدراسات التجريبية للأطفال أن ما يكتبه الطفل في مرحلة الطفولة من أسلوب في الحياة ومن مفهوم للذات يبقى آثاره مستمرة في حياة الفرد وفي الأساليب المختلفة التي يتعامل بها مع الناس . وهذا فإن « فرويد » يرى سلوك الشخص الرائد إلى مرحلة الطفولة المبكرة . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن السمات الرئيسية للشخصية توضع أصولها في الطفولة .

والبحوث الإكلينيكية تشير إلى أن البيوت التي يسودها الود والتفاهم ، وتقوم علاقتها على الثقة والاحترام والتقدير ، وتحظى أسلوب تربية الوالدين على التوازن بين الحرية والضبط هي بيوت تخرج أشخاصاً أسوأه ، يعكس البيوت التي تغرس في نفوس أبنائها الكراهية والخذلان والخوف فإنها تخرج للمجتمع شخصيات منحرفة وجائحة وعصاية ، ويرى « بور » أن أبغض العوامل وأكثرها خطراً وتدبرأ هي العوامل التي تدور حول حياة الأسرة في الطفولة (نهفي ، ١٩٦٧ ، ص ٦٨) .

— أهمية شعور الطفل بالأمن في توازنه النفسي والاجتماعي :

يحتاج الطفل إلى الشعور بالأمن حاجة شديدة ، ويرى « لوسيجيان » أن الطفل إذا كان في وسط مأهول يمس فيه بالأمن ويشعر بوجود شخص رائد مأهول لديه فإن سلوكه يتسم بالازران . وهذا ما أكدته « أنا فرويد » : عندما قصّت مياني لندن عام ١٩٤٠ بالقنابل فإن الأطفال كانوا يستمرون في اللعب أو النوم إذا بقى أمهاتهم على قربهم ، أما الأطفال الذين أجلوا إلى الرف بعدين عن أماهاتهم بعيداً عن القنابل ، فقد أظهروا كثيراً من القلق ، رغم العيزات الشخصية والتربوية التي كانت تمتاز بها المشرفات عليهن من كن يقعن مقدام الأمهات الحقيقة .

وللأمن عناصر أساسية منها : اللغة ، والذيول ، والاستقرار . فشعور الطفل بحجة من يحيطون به ، وحب أنه له شرطان ضروريان لتوازنه النفسي ليس في الناحية الاتقنية فحسب بل وفي الجاتب البيولوجي والفكري أيضاً . وقد أثبتت الدراسات أن الطفل المحبوب سعيد ومتوازن نفسياً واجتماعياً . ولكن هذا

الحب يجب أن يكون حقيقاً ، صادراً من القلب وليس من ظواها ، ولكن الحب لا يُؤدي مفعوله في إشعار الطفل بالأمن إلا إذا أحس الطفل بأنه مقبول في عائلته ، ويتحل هذا القبول بشعور الطفل بأن له مكانة في المنزل ، وأن والديه يحباهانه من أجل سعادته بما يشعر الطفل بأنه مرفوض فيه ، وأن هناك روابط قوية تربطه بالسرير .

كما أن من شروط الأمن والتوازن النفسي والاجتماعي ، استقرار الوسط العائلي ، فإذا كانت البيئة العائلية ثابتة ترحب به ، والأساليب التي يُعامل بها مستقرة ساعد ذلك على ثورة ثوراً سلبياً وتكيفه مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بشكل مناسب . أما إذا كانت البيئة العائلية التي يعيش فيها الطفل مشتركة ، وكان هناك اختلاف في الاتجاهات الوالدية في تنشئة الطفل أدى ذلك إلى سوء التوازن النفسي والاجتماعي لدى الطفل وزعزعة الكيان النفسي لديه . كما أن ثبات واستقرار العلاقات الشبلالية بين الوالدين (كزوجون) من العوامل التي تساعد الطفل على الأمان النفسي وتوازنه : فالاتزان العائلي يترتب عليه غالباً إعطاء الطفل ثقة في نفسه وثقة في العالم الذي يتعامل معه بعد ذلك . ويندر انسنة ما يزيد عن (٣٠٠) حالة من حالات الأحداث الجاتحين تبين أن ٧٥٪ تقريباً من الحالات يرجع فيها المرض والشدة إلى اهيار صرح الأسرة . وهذا ما يدل على أن تلك كيان الأسرة له أثره المباشر في التوازن النفسي والاجتماعي للأبناء (الوصي ، ١٩٧٥) .

كذلك الحال فإن استقرار الطفل في المسكن والمدرسة التي يحافظ على خلاصها على أسلفاته وعلاقاته مع الآخرين يوفر الأمان والأمن للطفل (فهري ، ١٩٦٧) . فالدرجة الأولى التي يمس بها الطفل ذات اثر كبير في رشهه وتوازنه أو عدم توازنه نفسياً واجتماعياً .

وطلبنا فإن البيت الشائك النجم يوفر للطفل الحب والأمن والقبول والطمأنينة ويشير فيه الثقة بالنفس ، ويندره على الاستهلاك ، وتحمّل المسؤوليات والبعض الناتجة ، ويوفر له الإذابع للحزن المحتول .

كما أن المدرسة التي تعد الفرد للحياة بما توفره من ظروف تعمل على تلبية إمكاناته وتنمية قاعديه مع المجتمع .

بالإضافة إلى المجتمع وما فيه من تقاليد وعادات ونمط علية ونظم اجتماعية
غفلة تجاه الفروس المذكورة جسماً أفراده لممارسة الحياة على نحو إيجابي فعال ، في
العمل المناسب للبيئة ، والحرية الواجبة ، والثقافة البشارة . فضلاً عن توفير
الشعر بالولاية والانتهاء ، والمعدل في توزيع المكتاب والتوصيات (المغرب ،
الشمعون ، ١٩٩٢) .

— أسباب سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الأطفال :

ماذا يحدث سوء التوافق عند الأطفال ؟

إن سوء التوافق يحدث نتيجة إحباط الواقع وعجز الطفل عن إتباع
حاجاته . وسوء التوافق عند الطفل لا يكون مرتبطةً بإحباط ذاته بشكل
 مباشر ، هل إن عوامل أخرى كثيرة تسبب سوء التوافق عنه ؟

فالصراع الذي يتعرض له الطفل والذي يحاول بعده وسائل مواجهته
والنطبل عليه بولنده أحياناً استجابةً فسيولوجية داخلية ، بالإضافة إلى
الاضطرابات السلوكية الأخرى . والاستجابة الفسيولوجية تعني أن الطفل يصبح
في حالة توتر واستنارة للتعامل مع الصراع ، مما يحمله أكثر عصبية وقلقًا ، وبحروفاً
واترضاً ، وخطباً ، وأحباطاً .

فالطفل عندما يولد له أخي صغير ، يشعر بأن هذا الصغير ألا يحل محله
وسلبه العطف والحنان والاهتمام من والديه والتي كان يحصل عليه قبل ولادة
 أخي الصغير . إن هذا الوضع يسبب للطفل الأكبر لثقاً واضطراباً في النوم .
ونصبح علاقته وتصرّفاته غريبة ، وحركاته م Fletcher ، كما أنه يمتنع عن الأكل .
كل ذلك قد يوثقى بالطفل الأكبر إلى ضرب أخيه الأصغر وعلاقته التخلص منه
بالضرب أو بالحقن ليعود إليه والداته وحثثها الذي يشعر أنه فقده .

كما أن عيش الطفل مع أحد والديه نتيجة الوفاة أو الطلاق وخاصة مع
زوجة الآب يشعر الطفل بالضرر من أنه التي كانت معه دوماً ، كما يشعر بأنه
منبوذ من قبل زوجة الآب وألها تعامله بتسوّل ، ف يؤدي إلى شعوره بالاكتئاب
والإحباط أو يجرّب من المرض ليتحقق يافرمان سوء ويكون السبب في انحرافه
واضطراب سلوكه وسوء تواافقه النفسي والاجتماعي .

كما أن غياب التوجيه من قبل الأم والاب في مرحلة نموه وتطوره يعرض الطفل للضغوط النفسية والقلق النفسي ، وضم شعوره ومارسته بنوع من عدم الشعور بالتفهم والتفهم لأى شيء مارسه بشكل عاطل . كما أنه لا يشعر باللذة أو العطف والاحترام لأى شيء يفعله . بل إن الحالة قد تتطور بالطفل إلى أن يصل إلى مرحلة عدم الشعور بالقيمة الثانية له ولغيره .

زد على ذلك لأن السالب التربية الخاصة يثر تأثيراً كبيراً في تكوين الطفل النفسي والاجتماعي وتسبب له سوء التوافق . فالفرمان من رعاية الأم أو الاب سواء أكان حرماناً كاملاً ، أو جزئياً وخاصة في السنين الثلاث الأولى من عمره يعرض الطفل لأنى بالع الخطورة . وينتقل ذلك في تعطل النمو الجسمي والعقلي والاجتماعي ، كما يؤدي إلى اضطراب في النمو النفسي حيث يحصل لديه اضطراب في تكوين الآنا والآنا الأعلى .

وقد أكدت دراسة « جون بولبي » أن اضطراب كبير من الماجرون يرجع أساساً إلى العلاقات المفترضة التي تكوت بسبب انفصام الأطفال في سن طفولتهم المبكرة عن الأم .

كما أن شعور الأطفال بهم مهملون ومتغرون وخاصة في المراحل الأولى من حياتهم يثر تأثيراً بالغاً في تراويفهم النفسي .

بالإضافة إلى ذلك فإن إفراط الآباء في التساحق مع الأبناء يؤدي إلى آثار سلبية في التكوين النفسي للطفل ، إذ يكبر الطفل في العمر ويسلك سلوكاً يدل على أنه ما زال صغيراً . إن مثل هؤلاء الأطفال لا يستطيعون الابتعاد عن أنفسهم قفهم يريدون من الأم أن تكرس كل وقتها لهم من الصباح حتى الليل ، فهوؤلاء الأطفال لم يتمدروا الإيجاب والفشل في حياتهم ، وعندما ينتقلون إلى عالم الواقع يصطدمون بعوائق كثيرة مما يتربّع على ذلك التعرض إلى اضطراب النفسي وسوء التوافق .

كما أن صرامة الآباء وقوفهم للدرجة أن كلمة « لا » تكون ذاتاً على لسانهم ، بالإضافة إلى أنهم يطلبون من أبنائهم القيام بأعمال صعبة تفوق طاقتهم مما يجعلهم يشعرون بالعجز والتصور وبروغتهم في اضطراب النفسي ورؤسهم إلى سوء توافقهم .

زد على ذلك، أن طرح الآباء، الزائد وشعورهم بالفضي عندهما لا يستطيع
ابناؤهم أن يخفقون ما يصيرون إليه يتصح عنه أن يُصاب الآباء ببعض من البلادة
العاطفية، ويعحدث لديهم رغبة في المقاومة السلبية. وكلما زاد الآباء ذمياً لابنائهم
كلما تناقض الآباء وزادوا من رغبتهم في التخلف. ودفع الطفل إلى عمل من
الأعمال دون مراعاة لقدراته وإمكاناته يعرضه للفشل مما يؤدي بالطفل إلى الشعور
بالنفس وعرضه لللاضطراب النفسي وسوء التوافق.

الفصل الرابع :

أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

- مقدمة
- أولاً : القلق .
- ثانياً : المخوف .
- ثالثاً : عصاب الوسواس القهري .
- رابعاً : فحص المخولة .
- خامساً : الاكتاب .
- سادساً : الاستجابات الفسيولوجية .

الفصل الرابع

أهم الأمراض النفسية عند الأطفال

— مقدمة :

تُعتبر الأمراض النفسية مجموعة من الاضطرابات الذهنية الشائعة التي لا يُكون لها أسباب عضوية واضحة وإنما تُعتبر مظاهر عارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحسب يكون الريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية (بركت ، ١٩٧٩ ، من ٨١٧) . وقد دلت بعض الدراسات (Kent, D.B. 1974) أن حوال ١٠ % من الأطفال في الولايات المتحدة يعانون من مشكلات جديدة من عدم الشعور بالأمن على نحو يُؤثر في فاعليتهم . ويشمل هذا النوع من السلوك حالات القلق ، والخوف والانفجاشن اهتمام الذات ، والاكتئاب ولذاته الذات ، والحسناية الزائدة للنقد ، والخجل والتهرة وفي الوقت نفسه يبقى شخصية الفرد متباشكة متكاملة بحيث يكون الفرد قادرًا على استبصار حاليه ، والتحكم في سلوكه إلى حد كبير ، كما يظل أيضًا قادرًا على تحمل مسؤولياته والقيام بواجباته كمواطن .

هذا وقد تعددت تفسيرات الأمراض النفسية ، فنفهم من رد هذه الأمراض إلى الوراثة باعتبار أن لها الدور الأساسي في نشأة الاضطرابات النفسية وأيضاً ووجهة نظرهم هذه بأن نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم التوأمية أكبر منها لدى التوائم الأخرى .

كما أن البعض رد هذه الأمراض إلى العوامل البيئية ، ويرى «أدوات ملر» Adolf Mayer أن مستويات الطموج غير الواقعية وعدم تقليل الذات عاملان أساسان للانطباقات النفسية . ويرى المخرج الوجوبي أن الخبرات الذاتية للفرد وخبراته يعدها وبالتالي حوله من العوامل في نشأة الاضطرابات النفسية .

كما أن علاقة الطفل بوالديه هي السبب في ظهور الأمراض النفسية عند الطفل ، خاصة إذا لم يتوفر له في الأمرة الحب والملاطف والامان والاستقرار . وهناك الاتهام الذي يأخذ يدور كل من عامل الوراثة والبيئة في نشأة الأمراض النفسية والتي يبيّنها عليه المدرسة السلوكية أمثال « جوزف ولبي وأيزنك ورخمان » إذا برى أيزنك أن الأمراض النفسية تنشأ من تكون انفعال منعكسة خاطئة يتأثر بها تجاهل عامل الوراثة والبيئة ، وأن هذه الأمراض ما هي إلا انماط من السلوك تعلمتها انتلقت من آلام الفراق في ظروف خاصة .

هذا وقد تعددت طرق العلاج النفسي لهذه الأمراض النفسية بعدها ووجهات النظر التي تفسر هذه الأمراض . وسوف تعرف فيما يلي على أهم هذه الأمراض وأكثرها شيوعاً وانتشاراً عند الأطفال وهي :

أولاً : القلق Anxiety

طبيعة القلق وظاهره :

يظهر القلق حينما يواجه الفرد بالتجوّه بين ما هو عليه وما يتمنى أن يكون عليه . ويتمثل القلق حالة توقع للخوف ، ومن الشعور بعدم الارتباط والانسحابات والفهم المتعلق بالمستقبل ، فالقلق عند الطفل يبدأ بتجربة واقعية كحالة القلق لا يستطيع تفاديها . وقد يستطيع هذا الطفل تحمل الألم والصعوبات الناتج عن تجربة القلق إذا كانت حالة مؤقتة وسترون . فالأطفال في سن الثالثة من العمر يظهرون شعوراً بالقلق تجاه الآذى الجسدي ، أو فقدان حب الوالدين أو الاختلاف عن الآخرين . كما أن مشاعر القلق المتعلقة بالخطر متعلقة من الأمور الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويبلغ أوجه لها بين عمر ستين وستين سنتين ، عندما ينكمش الطفل يختفي حقلي أو متخلص ، ومن الأمراض التي تشاهدنا عند الطفل القلق : التهيج ، البكاء ، الصراخ ، وسرعة المراقة ، والرسوس ، والأرق ، والاحلام المتقطعة ، وفقدان الشهية للطعام ، والتعرق ، والغثيان ، وصعوبات التنفس ، والتقلبات الالزامية (شفه وآخرون ، ١٩٨٩) .

تقى كل مرحلة من مراحل عمر الطفل تظهر لديه حاجات خاصة ، إذا لم يتم إشباعها يتجه عنها القلق . من هذه الحاجات الحاجة إلى الطعام ، وهي حاجة

عضوية فسيولوجية نفسية تجدها الآم ، كي يدخل الطفل فيها بين عمر عام وتلاتة أعوام في نوع جديد من التفاعل مع الكبار ، وبعد أن يتعلم ما هو مرغوب ومحظوظ يبدأ في قيادة سلوكه وتسوي لنفسه قوة الضمير . ونظهر هذه حالات الفلق عندما يواجهه موقف اتصارع فيها تزاعات الحب مع الشر والصواب مع الخطأ .

أثار الفلق :

١- الفلق والتحصيل الدراسي :

يُعد الفلق في صوره البسيطة بذاته الدافع للإنجاز والتحصيل ، ولكن عندما يشتد يكون له أثر سلبي بالنسبة إلى هذا التحصيل .

ويرى سوليفان (١٩٥٣) أن الفلق في أي سن بعد عادةً معرفةً في التنظيم « كي يوجد « مكانه ليس وكاستادا » (١٩٥٦) أن الفلق يضعف من الوظائف العقلية للعقل وكذلك من قدره على الاتباع ، وأن جهوده تحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يهدى نفسه قاصراً عن التعامل مع واجهاته الأخرى بنجاح .

كما يبيت دراسات أخرى وجود ارتباطات سالية بين الفلق والذكاء والتحصيل الدراسي والتي تزداد في الدراسة الابتدائية (١٩٦٤ م) . كما يبيت الدراسة التجريبية التي قام بها (١٩٦٩ م) على تلاميذ الصف الرابع حق السادس الابتدائي أن الأطفال الأكبر سنًا يتقنون ببطء قراءة غير صحيحة بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال غير الفلقيين فيما يتعلّق بالقراءة الشفهية . وهذا يدل على أن الأداء الشفهي ، التسريع والقراءة الشفهية تحدث انتظاماً يتعارض مع الأطفال الأكبر سنًا بسبب الضغط الناجم عن ذلك .

وقد دلت الدراسات أيضًا أنه يوجد ارتباط مرجوب بين الدرجات المعاشرة في التحصيل الدراسي والقلق المتخفض ، كي يتصف الأفراد ذوو القلق المرتفع بالقليل إلى العزّة والانطواء ، بالمقارنة مع الأفراد ذوو القلق المتخفض الذين يتميزون بالقليل إلى الاجتناع والاشتراك في الأنشطة المختلفة .

فالقلق في صورة الشديدة يكون له أثر سلبي في تحصيل الابتدائي في

مراحل التعليم المختلفة ويكون ذلك واضحًا أكثر عند الإناث منه عند الذكور ، ويمكن أن يعود ذلك إلى الحساسية الالفعالية الزائدة التي تتميز بها الإناث من الذكور .

ب - القلق والتكيف :

من خلال الدراسات العديدة تبين أن الأطفال الأكثر قلقاً قد رتبهم المدرسون حل أنهم أقل قدرة على التكيف من زملائهم ، والتي يظهر من خلال عدم الاستقرار واللاؤض في الآتيه وعدم الرغبة في الجلوس بشكل هادئ داخل حجرة الصف (الفصل) ، ويدرك المعلّمون التّفاصيل أن الأولاد والبنات يتعلّمون داخل القالب بصورة مختلفة .

فالبنات بوجههن، ميكلزرات دفاغهن نحو الذات « على شكل أحلام ينطّة » في حين أن الأولاد يوجهون دفاغهم نحو شخصيات آخرين أو موضوعات أخرى والتي يمكن أن تظهر على شكل مقاومة وعصيان (متصرّ ، متصرّ ، ١٩٨١) .

ج - القلق ومفهوم الذات :

أكّدت الدراسات على وجود علاقة بين مفهوم الذات والقلق ، فالاطفال ذي مفهوم الذات الموجب يكّونون أقل قلقاً من الأطفال ذي مفهوم الذات السالب . في دراسة قام بها ليبزيت Lipsitt (١٩٥٨) على ٣٠٠ طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي من الذكور والإناث وجد أن الأطفال ذي مفهوم الذات الموجب أقل قلقاً سواء بالنسبة إلى الذكور والإناث ، وتوصل إلى أن العلاقة بين مفهوم الذات والقلق ذات دلالة إحصائية هامة . كما دلت الدراسات وخاصة دراسة (Horowitz ، ١٩٦٢) التي أجريت على عينة من الأطفال من الصف الرابع حتى السادس الابتدائي : أن الطفل الذي يُعاني من القلق يميل إلى أن يكون مفهومه عن ذاته ضعيفاً .

أسباب القلق عند الأطفال :

أ- أسباب وراثية ونفسولوجية :

يلعب العوامل الوراثية دوراً في نشوء القلق ، حيث يولد الطفل مزرياً باستعداده عام للقلق ، فقد دلت الدراسات على وجوده تشابهه في الجهاز النفسي

الإراثي والاستجابة للمبيهات الخارجية والداخلية لدى التوائم « التوأم التلق » .
كما أوضحت دراسة العائلات أن ١٥٪ من أباء وأخوة مرضى القلق يعانون من
المرض نفسه . كما وجد سليتر وشيلدرز (١٩٦٣ م) أن نسبة القلق بين
التوائم الشناوية تصل إلى ٥٠٪ أما لدى التوائم غير الشناوية فتصل إلى ٤٪
فقط .

بالإضافة إلى ذلك فإن عدم تفعج الجهاز العصبي في الطفولة يعبر أحد
أسباب نشوء القلق لديهم . كما أن الاختربات المزمنة العصبية « هرمونات
السيروتونين ، والتوراديناتين » تساهم هي الأخرى في إحداث استجابة القلق .

أسباب نفسية :

تعدد مصادر الأسباب النفسية المزدوجة إلى القلق عند الأطفال كما تعدد
التأثيرات القائمة على أساس شخصي والذي بين حالات القلق عند الأطفال ،
فـ « أوتو رانك » (Otto Rank) يرى أن القلق ينشأ عن صدمة الميلاد ، الناجمة
عن انفصال الطفل من المكان الذي كان ينعم فيه بال宁静 ، والسعادة إلى عالم المثيرات
الخارجية المزعجة .

أما كارلن هورلي فترى أن القلق الأساسي في الطفولة ينشأ عن كبت الطفل
لرغباته العدائية نحو والديه ، ويعبر عن ذلك بسرعة اهتزازه وعنته وميله إلى
التخريب . أما « لينكسون » الذي يقيم نظرية حل أساس شخصي اجتماعي فيرى
أن المصدر الأساسي لقلق الطفل هو إحساسه بعدم الثقة نظراً لما يطلقه من مثيرات
مؤثرة من ذلك العالم .

أما « موررر » (Mowrer ١٩٥٠ م) فيرى أن القلق ناتج عن انعزال
أو تكها الإنسان فعلاً ولم يرض عنها .

القلق يمثل عدم شعور الطفل الداعل بالأمن والذي ينجم أحياناً من التقد
الستري من قبل الراشدين والزملاء والذي يؤدي إلى التوتر والاختربات .

فالقلق ينجم عن شعور الطفل بالذنب عندما يعتقد أنه تصرف على نحو
سيء ، ومن توقع العقاب نتيجة لهذا التصرف . كما أن الطفل الذي يكثار من
تأجيل واجباته يستند طفلك بمشاعر القلق .

كما أن الإحباط الزائد للطفل يؤدي إلى متأخر القلق عنده ، ولا يمكنه الطفل هنا من التعبير عن غضبه بسبب اعتقاده على الوالدين مما يؤدي إلى الشعور بالقلق . كما أن شعور الطفل بعدم القدرة على الرسول إلى كثير من أهدافه وتكون فكرة عن نفسه بأنه لا يُؤدي عمله بشكل جيد في المدرسة أو قد يشعر بأنه علاقته مع الكبار أو الأصدقاء أو الآخرين ليست كما يجب ، أو قد يكون لديه شعور بارتفاع في مستوى الأهداف أو تدني في مستوى تقييم الذات مما يؤدي إلى شعور الطفل بالقلق .

وتشمل لدى الطفل حلقة مطردة تتكون من الشعور بالإحباط ، القلق ، التردد ، اليأس ، الانهيار ، فالطفل الذي يُعاني من القلق لفترة من يصبح القلق عادة لديه ، وترافق عليه دون أن تحل وهو يذكر :

« عندما تنهي مشكلتي سوف يتوقف القلق » ، وبدأً من أن يفعل شيئاً حيال المشكلة يستمر بالتفكير فيها ليزيد شعوره بالتوتر والإحباط ويحس باليأس .

٣- العوامل البيئية والاجتماعية :

كما سبق وأسلفنا من حيث ، فإن الأطفال الذين يُشأنون في بيتهما شعورهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمان سيكونون أكثر استعداداً من غيرهم لإظهار استجابة القلق . فقد دلت الدراسات أن الآباء الذين يكونون أباً لهم للطفلين ، حيث يعلم الأطفال القلق من والديهم ، فالأم القلقة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبني إمارات القلق ، فكأن الطفل يتألف تماماً مع أمه .

فالقلق ثالثه أنواع معينة من الاختurbات الاتجاعالية في الشخص الذي يتعامل معه الطفل .

ويوري سوليفان Sullivan (١٩٥٣) أن عقاب الوالدين وتأنيثه وما يبيه من آثار للطفل من الأمور التي تساعد على نشأة القلق لدى الطفل .

كما أن الرعاية الوالدية وال العلاقات التي تقام بين الوالدين والطفل تشكل علماً هاماً في نمو القلق لدى الطفل ، فقد بين كاغان Kagan (١٩٥٦ م) أن عدم وجود خروج ذكري أبوي واضح يتعابق معه العقل يعرقل تعابق التصور الجنسي ويكون ذلك سبباً في نشأة القلق .

بالإضافة إلى ذلك يزداد توقع الراشدين للكبار من قبل الطفل إلى غلبة استجابات القلق عنده نتيجة عدم الوصول إلى مستوى هذه الترقيات كون المعاير التي يرسمها الراشدون مرتفعة جداً والكبار لا يرثون عن أي شيء.

الوقاية والعلاج :

هناك عدة إجراءات لا بد من اتباعها في الوقاية والعلاج من القلق من نفسها :

أ- العلاج الطبيعي : قبل البدء بإجراءات العلاج النفسي ، وفي حالات القلق الشديد عند الأطفال ، يمكن استخدام بعض المهدئات مثل الباربيتوري والفالبيوم ، أو بإعطاء بعض العقاقير الخاصة بالهرمونات العصبية في مراكز الاتصال بالمخ مثل : أكتينيميد ، وللأثربيلان ... إلخ ، كما يمكن استخدام جهاز خاص لتدريب الرئيس على التحكم في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي (درجة الحرارة) غسل الدم .

ب- العلاج النفسي : يقوم هذا النوع من العلاج على مجموعة من الإجراءات منها :

١- العمل على تطوير قدرة الطفل على فهم ومواجهة المشكلات :

إن معرفة الطفل للملازمة السلبية بين الأحداث ، يمكن أن تقلل من القلق ، وتتمكنه من اختيار أفضل الأساليب لحل المشكلات التي يواجهها ، فالقيام بالعمل هو أفضل من التوتر والقلق .

ونظراً لا بد من تعليم الطفل بأن عدم النجاح هو أفضل بكثير من عدم المحاولة ، ولأن القلق والتوتر يمكن تحميلها عندما يشعر الفرد بأنه قد يبذل جهوده ، ويتكون القلق لدى الطفل عندما يفهم كيف يتعامل مع المشكلات ويرجعها ، فالتعامل مع التوتر هو نوع من المشكلات ، ويجب أن يتعلم الطفل كيفية تحليل موقف التوتر ، وأن يساعد في تحديد ما الذي ينطوي عمله .

في بعض المواقف يتطلب أسلوباً هادئاً وصبوراً ، وببعضها يتطلب سرعة في اتخاذ القرار ، وعمل الآباء تعليم أبنائهم كيفية التمييز بين الواقع المختلط وكيفية

القيام بالعمل المناسب لطبيعة الوقت .

٢ - لا بد من تقبل الطفل وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة :

لا بد للأباء من أن يتمتعوا بناء أساس من الشعور بالأمن عند الطفل منذ طفولته المبكرة وإيمانه عن كل ما يهبه ، وأن يعودوه الابتعاد بعض الوقت عن المترى بحيث يزداد هذا الوقت تدريجياً . ومن الضروري أيضاً تجنب المكالمة في الثنائي مع الطفل ، وأن يتم الحديث معه في مواقف بعيدة عن التوتر عندما يكون في وضع نفسى يشعر فيه بالأمن والاطمئنان .

ومن المستحسن أيضاً أن يتم تعليم الطفل من قبل الراشدين الذين يتصفون بالهدوء والثبات الانفعالي ، وأن يذكر للطفل بأن هناك الكثير من المشاكل في الحياة والتي يتمنى أن يتم توقعها والتعامل معها ثم تجاوزها ، لأن الانصياع بالشكوك والشعور بضرورة الوصول إلى حل كل مشكلة يؤدي إلى الشعور بالقلق وقد يوصل إلى طريق مسدود .

٣- تشجيع الطفل عن الانفعالات :

إن التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل يحمل كمثابة حلقات المثلث التي يُعَالِجُ متها ، لذلك يمكن عقد جلسات أو مناقشات أسرية يعبر فيها كل عضو عن مشاعره وأحاسيسه ومتلاوته بحرية تامة مما يساعد على التغريب الانفعالي للشخصيات التي يعاني منها الفرد ويساعده على تجديد مشاعره نحوها وتصبح أقل تأثيراً في سلوكه . واللعب بالشيء إلى الطفل من الوسائل الهامة التي يُعَالِجُ من خلالها عن انفعالاته ويمكن اختيار الألعاب تبعاً لسمة مفتوحة مثل : «كيف يشعر الأطفال عندما يكونون للدرسون متشددين كثيراً ؟ أو مالاً يمكن أن تفعل لو تخطأ شخص وأنت تتغدى دورك في صد ؟

٤ - تدريب الطفل على الاسترخاء :

لا بد في حالات القلق التي يشعر بها الأطفال أن يدرِّبوا على القيام بمستويات الاسترخاء ، حيث يتعلمون كيف يتخلصون بعمق وإرخاء هضابتهم بشكل تدريجي منظم ، فالتدريب على الاسترخاء هو مثابة لقلق .

وبعد أن يتعلم الطفل الاسترخاء ويتدرَّب عليه يمكن استخدام طريقة

الاسترخاء، بالإشارة **em controlled relaxation** حيث يدرب الطفل على قول كلمة أو عبارة تساعد في الاسترخاء مثل (أهداً ، واسترخ ، هون عليك) وبعد اختيار هذه الكلمة أو العبارة يمكن ترديدها في أثناء الاسترخاء .

ويمكن أن يتم الاسترخاء مع تحيل الطفل لحالة مثيرة للقلق ، ويكون مقيدة في أثناء إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر وتستخدم كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تحيلها في أثناء الاسترخاء ، وعندما يتعلم هذه الخطوة يمكن للطفل أن يسترخي بنفسه عندما يواجه مواقف مثيرة تبعث في القلق .

٥ - استخدام طرق أخرى في مواجهة القلق :

يمكن في أثناء الاسترخاء أن يتحيل الطفل بعض المشاهد السارة التي تبعث على الهدوء ويسعى هذا بالتحليل الإيجابي ، كـ أن الشخص الطي ، العزيز من خلال الأنف من الطرق المقيدة في التغلب على القلق .

كما يمكن للطفل عندما يشعر بالقلق أن يقوم ببعض النشاطات مثل : قراءة كتاب أو قصة أو يصغي إلى الموسيقى أو يتصلع بعض الصور الفنية الجميلة ، أو يقوم بالرسم ، أو يتشغل بأي تدريب أو فعالية معتمدة . . . فالفعاليات الممتعة تشكل مصادر للقلق .

كما أن الاستهجان بالله الدافع يساعد في الاسترخاء ويقلص القلق من مشاعر القلق ، ومن الطرق المساعدة الأخرى أن يعمل الفرد على إهمال ما يثير القلق ، كما أن التركيز في مشكلة معينة والتي تسبب القلق عند الطفل قد يكون فعالاً لأن التعامل مع المشكلة والتفكير فيها بعمق وبشكل متكرر يهدى مشاعر الطفل الانفعالية نحوها ويعملها أقل إثارة لمشاعر القلق عنه .

ثانياً : الخوف :

مقدمة :

تُعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف ، حيث يعتقد الكثير من عليهما النفس أن الخوف وما يحصل به من حالات القلق والإضطراب الذي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية والتي تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين .

فالغوف الفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تتبع الشخص الحالات
لكل المقرب من الموقف الذي أدى إلى استثناء خوفه حق بزول التوتر . فالغوف
يتضمن حالة من التوتر . توتر حول خطر معين له وجود واقعي .

وتحمّل عذوق الأطفال بعدم الثبات ، وبالتأثير مع التقدّم في العمر ، وقد تزداد عند الأطفال بعض المخاوف تتعلّم علىها مخاوف أخرى .

وتشير دراسة هورلوك (Hurlock ١٩٨١) إلى أن المخالوف تعتبر مكتبة رغم تمايزها والاختلافها من مرحلة لأخرى في الطفولة يعكس الاتجاه الذي ساد تدريجياً عند واطنن وتلاميذه والتي يرى أن الحروف عند الأطفال حديثي الولادة

كما أظهرت الدراسات أيضاً أن شدة خارف الأطفال ترتبط بتنوعية العلاقات التي تبادلها بين الطفل وأسرته من جهة ، وبالعلاقة التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمان والتشدد من جهة أخرى (عبد الفتاح ، ١٩٩٢ ، من Sanders ١٩٧٣) . ويؤكد روتير Rutter (١٩٨٠) أن هناك علاقة بين خارف الأطفال وعمرهم الزمني ، فالمخارف التي يكتسبها الطفل في طفولته تتقلّل كاملاً بعدة سنوات لم لا تكشف عن هويتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وفقط .

كما أظهرت دراسة عبد الفتاح (١٩٩٢) حل عيّنة من الأطفال المُصرّين التواجددين في دولة الإمارات العربية المتحدة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ١٠٠٪ بين الذكور والإناث في الحروف ، حيث وجد أن الحروف عند الإناث أقلّ منه عند الذكور . وهذه الدراسة تواقّلت مع ما توصل إليه خيري (١٩٩١) في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين حروف الأطفال الذكور والإناث ، فقد وجد أن الإناث أكثر عشوائةً من الذكور بدرجات دلالة إحصائية وفلك في دراسة قام بها على الأطفال البالغين .

وـالإضافة إلى تأثير خارف الأطفال بالجنس ، فإن الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، وترتيب الطفل الميلادي ، وذكائه عوامل هامة تؤثر أيضاً في خلف الأطفال .

وسوف نتحدث فيها على عن ثلاثة أنواع للمخاوف التي تظهر عند الأطفال

وهي :

أ- المخوف الطبيعي :

وهو شعور أو إحساس الطفل بالخوف ، ويكون طبيعياً وظهوره كرد فعل لخبر « شيئاً خارجي يخاله الطفل إزاءه» أسلوباً وقائياً أو دفاعياً . فمخاوف الأطفال هي مخاوف عصرية والمنصود لها للمخاوف الحقيقة ، وأسبابها حقيقة وواقعية يعبر عنها الطفل بسهولة ووضوح . فهي حالة الفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو المثيرة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها . ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقة الطبيعية : المخوف من الظلام ، والأصوات المرتفعة ، والرزاق ، والوحش ، والحيوانات ، والرتفعات ، والغرير ، والماواقف غير المألوفة والرعد والأشباح ... والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل أكبر فيها بين سنين وست سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرير .

وأنّ حوالي ٥٠٪ من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعد والأشباح .

كما بنت الدراسات أنّ مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وربع سنوات وتقل هذه المخاوف في عمر محسن سنوات ثم تختفي في عمر نسرين سنوات . وبناءً على هذا فإنّ حوالي ٩٠٪ من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم مخوف محدد يزول بشكل طبيعي .

فالخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء حيث يخبر مصدر تهيه إلى مصدر الخطر وبعد الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر . فهو ظاهرة طبيعية تزدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان .

للأحلام في أغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه الطفل وما ينفيه ونعمل كراشلين على العمل لتخليص الطفل من هذه المخاوف . فالخوف عند الطفل يكون طبيعياً إذا كان من أشياء ضارة تدفعه إلى الخlear وال避け من هذه الأشياء تجنبها لضررها .

بـ- المخاوف المرضية :

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف ، وتكون شديدة ، وتستمر لفترة طويلة من الشهاء أو مواقف أو أشخاص .. وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض الفيجمومية عليه مثل : القيء ، والإسهال ، والاضطراب في النفاس ، وسرعة ضربات القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والتهور اللاذعادي ، وتقلصات في الأختاء الداخلية ، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية .. ومن هذه المخاوف : المخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المريضة ، ومن المخوافات والمخشرات . وظننا فلا بد أن تُعمل مثل هذه المخاوف المرضية اعتماداً شديداً من قبل الوالدين والمعلم على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى من الرشد .

في دراسة (١٩٧٩) أن المخاوف المرضية شائعة بين الأطفال ، وتعد من بين أكثر الأعراض المعاوية شيوعاً . كما في دراسة (١٩٧٤) أن المخاوف المرضية تصل حوالي ٢٠ % من هرمون العصاب .

في حين بيّنت إحدى الدراسات أن المخوف من الكائنات المفترسة (الأشباح) وغير ذلك من كائنات خرافية يكون موجوداً لدى ٢٠ % من الأطفال من سن خمس سنوات إلى ١١ سنة .

والمثير ذكره أن الفرق بين المخوف والمخوف المرضي ، هو فرق في درجة المخوف .. فالمخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من الشهاء لا تسبب المخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد المخاف ، لو يظهر عرضاً مبالغأً فيه من الشهاء لا يختلف منها غيره . والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمحابي معين أو إنسان أو شهاء وتستمر لعدة سنوات عند الشخص .

أما المخاوف العادلة فهي التعلبات تثيرها المواقف الخطيرة أو الشائنة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها . فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادلة حين يختلف مما يتعيّف فعلـاً .

كما تختلف المخاوف المرضية عن المخاف بالرغم من أنها شكل من التكال

القلق العصبي . فالقلق خبرة انتعالية مزيفة وغير مهددة المصدر كما يصعب تجنبها ، وعندما يحاول تجنبها فهو يزدح هذا القلق أو يسقطه على موضوع آخر خارجي (الطيب ، ١٩٧٧) .

ج - المخاوف المدرسية :

يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى الصحة ، والاتباع ، والاعتداد على النفس والحياة الاجتماعية . ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة ؟

يرى الطبيب النفسي الألماني Lempp (١٩٧٠) أن الأطفال لا يصحون مرضي بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك ، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل (١٢) طفلًا واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال . ويرى آخر (بروفيسور في الصحة النفسية) أن من بين كل ألف طفل يراجعه يكون تصفهم معاييرًا من مشاكل مدرسية مثل الرسوب ، الصداع ، آلام في البطن ، وفقدان الأظافر ، والحركة الزائدة ، وتشوش الإدراك ، والاضطرابات المسمعة والبصرية ، والاضطرابات اللغوية وظيرها والتي تزول في أثناء الإجازات المدرسية .

فقد ذكرت التقارير أن حوالي نصف مليون طالب يرسب سنويًا في المدارس الغربية ، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار ، أو التكross إلى عادات سلوكية مطلوبة في سن يكون قد تخلص من هذه العادات . بالإضافة إلى ذلك فإن حالة الضرر تسيطر على الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب على المعلميين والمرشدين النصرين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

ويرى Spielberger (١٩٨٠) أن الأفراد الذين يعانون درجة عالية من قلق الاختبار يدركون الواقع على أنها مهددة للشخصية ، وهم في مرافق الامتحان خالياً ما يكونون متورّين ، وعากفين ، وفي حالة إثارة انتعالية مما يشتت انتباعهم وتركزهم في أثناء الامتحان .

كما أشار الطبيب Spielberger (١٩٨٠) أيضًا إلى أن نسبة الإناث أعلى من الذكور في مستوى قلق الاختبار .

كما أشارت دراسة آيرنوك وراندمن Eysenck & Rachman (١٩٦٥) إلى

أن حوال ٢٠٪ من طلاب المدارس يُعانون من قلق الامتحان بدرجات متفاوتة .

كما فعلت الدراسة التي قام بها بنيامين وأخرون (Benjamin, et. al. ١٩٨١) ، أن الطلاب الذين يُعانون بشكل كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية ، ويصلون إلى مشكلات في تعلم المواد الدراسية ، وفي تحديد العناصر المهمة في تمارين القراءة .

وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمان ، والخوف غير المادي مما يؤدي إلى خطف في تركيزه ، وقلقه في أداء التزم ، وتشوش في اثناء الدراسة مما يضعف الاستعداد للامتحان .

بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك المدرس يعكس على تلاميذ المدرسة . فالتعليم غير المترافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تعصباً ضعيفاً نسبياً ، ويزور سلوكه سلباً في الفصل الدراسي . إذ كلما زاد المخوف من المدرسة تعكس ذلك على الترافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ ، فالخوف الفعال هو في كي ترى ذلك جوونغ (Goodenough) .

الأسباب :

لها مل من حيث سرت تعرف على الأسباب التي تؤدي إلى المخاوف المرهبة بشكلي خاص لأن أسباب المخوف الطبيعية عند الأطفال معروفة وواعية ويمكن الكشف عنها بسهولة في حين أن الأسباب الكامنة وراء المخاوف تكون أكثر تعقيداً وظلاً تخصها بالذكر . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

١ - الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة :

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة ب موقف مؤلم عنيف كان يذهب الطفل مع أمها أو أبيه إلى المستشفى ، ويشاعد هناك الطبيب يقوم بعمل يثير الألم الشديد عند الطفل أو يرى الدم يترزق من طفل في المستشفى فيقوم الطبيب بخططة الجرح والطفل يصرخ في الألم .

ومن المفترض أن المخاوف لدى الطفل الذي حضر مع والده إلى المستشفى بسبب له فيما بعد خوفاً من رؤية الطبيب أو حتى مجرد سمع اسمه لأن مشاهدته تردد عند الطفل ب موقف مؤلم .

كما أن الخبرة الصادمة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخروف من جميع الكلاب وبطبيعة الحيوانات ذات الفراء .

كما أن خبرة الطفل في الحيوان واتلاعه رجله في الماء أو حرارة الصابون في العينين تؤدي إلى تشرد الطفل من الحيوان والخروف من الاختلال نتيجة هذه الخبرات للأذلة .

٢ - تجريف الأطفال :

قد يلتجأ الوالدان إلى أسلوب تجريف الأطفال إذا تأثر الطفل مثلاً عن النوم بعد ذهابه للقرارات فليجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنه سوف يضر له أحد الحيوانات المفترسة أو أن هذا الحيوان المفترس يتضرر خارج الباب وبأنه سوف يأكله إذا لم يتم .. . تكيف طفل هذا الطفل أن يتم يوماً ملائماً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان يتضرر؟ كما يلتجأ الطفل من الكلب إذا خوفه والده منه ، أو يقص عليه قصصاً عن الكلب المفترس ، وهكذا فإن هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد ، ويستجيب لأمه وهو يتألم من الخوف ، والذي يمكن أن يعصمه على الحيوانات الأخرى الشابة . ويتحقق هذا التأثير إذا لم يتعالج يؤثر في شخصيه حتى نهاية الحياة .. لهذا فإن حشو دماغ الطفل يمثل هذه المخارات والأوهام ويزاكيه بالحيوانات المفترسة والأشباح والشحنة تجعله يقظى الكثير من وقته في التفكير في هذه المخارات مما يهدى طاقته النفعية في أمور لا جدوى منها .

٣ - التلذيد :

يتعلم الأطفال الخروف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الآخرين أو الزملاء . وقد دلت الدراسات أنه يوجد لدى الطفل تهديد الخروف واحد من الوالدين على الأقل مصاب بمخارف شديدة .. فللام التي تناولت من الحشرات والصراصير والرتبضات يصبه ما أصابها من هلع أو خوف عند رؤيه مثل هذه الحشرات أو مصوودة إلى تلك الرتبضات . فالخروف الفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماماً مثلاً يتعلم أخلاقه أو مبادله أو اتجاهاته المختلفة (مريغع ، ١٩٨٧) .

فالأطفال يكتسبون خارف والذئب عن طريق عمليات التقدص أو التعلم بالللاحظة .

كما يلتجأ أحد الوالدين إلى رواية خوفه أمام الأطفال أو أحدهم عن حيوانات معينة مما ينعكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف . . كما أن الآباء الذين يختلفون من عدم متناديمهم على مواجهة مؤشرات الحياة يسهرون في تطوير نظرة إلى العالم قائمة على الخوف لدى أطفالهم . فلقد أقر أغلب المرضى المكتفين في السن والذئب يعانون من خارف في تقاريرهم أنهم عانوا من الخوف أثناء طفولتهم ، وغالباً ما كانت أمهاتهم يعاني من خارف في طفولتها (عبد الرزاق ، ١٩٨٧) .

وقدنا ، فإن خارف الأطفال التي يتم تعلمها من هذا الطريق تكون على درجة خاصة من الثبات أو البقاء .

٤- المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والتلفيزيون والكتب المفرزة :

تحتري مشاهد التلفزيون وأفلام التلفيزيون والكتب المفرزة على جميع أشكال المفهوم ، والتأثير السلبي لكل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيف من الخوف والعنوان الذي مشاهدي المفهوم .

فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون من تسع أشهر ما بين ٧ - ١١ سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يشاهدون هذه البرامج .

فمشاهدات الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسبك دم ودراسة اهتمامه وروحية أو خطف أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رأه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية ، وأن ما حدث للطفل أو للأطفال أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له .

وقدنا يصاب الطفل بالخوف ويرفض النوم وحده في الغرفة المظلمة خوفاً من أن يمس الأذن الذي شاهده في الفيلم ، لأن الطفل بعد مشاهدته لفيلم مزعج يبدأ بالاعتقاد بأنه سوف يهاجم في غرفة بوساطة الشخص الذي في الفيلم .

٥- المخوف الرضي :

قد يكون المخوف الرضي - من وجهة نظر فرويد - وسيلة هروبية لحلحلة الشخص من الإصلاح عن رغباته الكبيرة لو الاعتراف بحقيقة مشاعره . . . فالخوف هنا عبارة عن وسيلة دفاع حلحلية الفرد من رغبة لا شعورية مستهجة جنسية أو عدوانية غالباً ، لو أنه يعترف يكره غير ظاهر لورغبة دافعية .

٦- المخاوف :

تشا المخاوف - حسب رأي الدراسة السلوكية - من طريق التعلم . فالطفل يتعلم المخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم يتسى كيف تم هذا الربط . تعلم الطفل (أيرت) للخوف حسب ما ذكره (واطسن) والذي لم يكن يختلف من الفشان البهاء ، عليه واطسن المخوف منها بأن قدم له فلأنه ليس وقوع من خلله قصرين من الجديد فخاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنها .

وينتكرار العملية ربط الطفل بين المخاف الآيفين والصوت الزاجع مما أدى إلى تعلم الطفل المخوف من المخاف الآيفين وعمم هذا المخوف حتى أنه أصبح يخاف من كل الحيوانات ذات القراء الآيفين .

٧- الأسباب الأسرية :

والظروف الأسرية للضررية والتي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الآباءين أو بين الآخوة أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى شعور بعدم الأمان . فالاطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف ، وتنطوي هذه المشاهير وتتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوف مرضي .

بالإضافة إلى ذلك فإن أسلوب التربية المترددة أو العطف الزائد وعدم المساراة بين الأطفال يمكن أن توجد المخوف عند الأطفال . . . وهذا المخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وقد تؤدي بكل التحيطين . كما أن توقعات الآباء المبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى ظهور المخوف

من التسلل عند الأطفال ، فالأباء الذين يترعون إلى الكمال الزائد كثيراً ما يُعاني أطفالهم من المخوف ، فهم لا يستطيعون تلبية متطلبات الوالدين ويتغافرون من معاونة ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن نقد الأطفال الزائد يطهور لدى الطفل شعوراً بالخروف بعدم المقدرة على عمل الأشياء الصحيحة .

وهم يتغافرون ذاتياً الاستجابات السلبية مما يظهر لديهم الجبن والخجع ... كيأن التهديد التكرر بالقييم السلبي يؤدي إلى نتيجة مشابهة ... فالطفل الذي يُكرر توبيقه لتوسيع ملابسه تكون النتيجة أن الطفل يختلف من الأنساخ لديه ، وقد يتعمّم هذا الخوف ليصبح خوفاً من الفوضى أو عدم الانتظام .

الوقاية من المخاوف المرضية :

يُعنى الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلمة ، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال حل حل صراعاتهم (عند علية التحليل النفسي) وإزالة التعلم المخاطر ، الذيواجهه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي) .

وتخلاص أعم الطرق الوقائية من المخاوف المرضية فيما يلي :

- ١ - عدم تحريف الأطفال وكذلك عدم استغلال خواوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم .
- ٢ - تبصير الأطفال بالآليات المؤدية ، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم ، وبيان كيفية الخطر منها والبعد عنها ، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من الخطأ .
- ٣ - تشجيع الطفل على الاعتداد على نفسه ، وتحمل المسؤولية حتى يتعود على اببرأة والإلدام .
- ٤ - تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لازعفاء خواوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلمونها باللالحظة والتقليد ... وظلاً فلابد أن يكون الوالدان غير قادراً على الهدوء والتخاول والاستجابة بشكل مناسب .
- ٥ - تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقاً أو خائفة على

طفلها ، كلما قلت الطفل أيضاً وخفف عل نفسه .

٦ - الإقلال من تحذير الآباء لآبنائهم أو تحذيرهم أو إهانتهم أو ضررهم ، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في آبنائهم الثقة بالنفس ، وتمتعهم هم بغير جبنة ، يشعرون بالتهديد والخوف من آباء وعواقب كبيرة .

٧ - إذا حدث ما يزعج الطفل وينتهي فلا بد من مناقشه وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه ، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تتشىء مثل هذه المواقف .

٨ - لا بد أن توجد رقابة علمية وتربيوية على المطربعات المحلية والمستوردة وكل ما يُتابع ويرى عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى تجنب أطفالنا من الأضرار النفسية (عودة ، وأخرون ، ١٩٨٤) .

علاج المخاوف المرضية :

إذا تأصل المخوف عند الطفل وأصبح عرضاً مرضياً ، فإن الحديث الباطر مع الطفل على أن ما يخاف منه لا يُسبب له أذى ، كي أن حد العقل على التغلب على المخاوف وتفقيرها لا ينفيها ، ولا بد من استخدام العلاج النفسي وتقنياته في علاج المخاوف المرضية (الفريبا) ، وأكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي :

أ - العلاج بالاستبصار : *Insight Therapy* :

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية تفكيره بنفسه وبين حوله ، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل تجاهاته نحو والديه وأخواته وأصدقائه ومدرسيه ... بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين والمربيين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة السماحة في علاج هذه المخاوف ، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعامل المحيطين بالطفل إلى حد كبير .

ب - العلاج السلوكي : *Behavior Therapy* :

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك *Behavior Modification* وتم

ذلك من طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والسلوك الذي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المزولة عن استمرار السلوك المفطر ، ويحدث ذلك من طريق إضعاف استجابات المخروف عند الطفل الذي يعاني من المخاوف للرخصة وفقدة استجابات عدم المخروف من الموضوعات التي تعلم المخروف منها ، وأهم طرق العلاج السلوكي التبعة في علاج المخاوف للرخصة ما يلي :

١ - خفض الحساسية المظلم للإحسان بالمخروف :

الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يعاني من المخاوف للرخصة ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات التي يخاف منها المخاوف ، ويتم ذلك من طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في موقف خطيف أو عن طريق التلفزيون أو من طريق التخيل . لذلك ينبع عدم إيجار الأطفال على الترفيه هل كليب يخافون منه ، فالطريقة الثالث هي ترك الأطفال يرافقون كلاباً يتم إطعامها من وراء النافذة ثم يرافقون كلاباً في الغرفة نفسها ، ويتمون بإطعام الكلب بأنفسهم . فالنقد التجريبي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشيئاً . ومن الممكن أن تقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب ، وأن تاتح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإلقاء تحب ، مما يؤدي إلى تناقص المخروف عند الطفل .

إن تقرب الطفل التدريجي من الموضوع الخيف وهو مستريح وفي حالة نسبة طيبة لحمل الموقف المزوم تماماً وغير مزوم مما يغير استجابة الطفل وانتقامه من المخروف إلى الأمان والطمأنينة .

٢ - ملاحظة خاتم الشجاعة مع التشجيع المزدوج بالشرح المنظم :

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية ، فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير المخافين في الواقع الخيفية . . فاللاحظة تتعين بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه وبمثال ذلك : أن تعرض على الطفل الللام كرتونية فيها الثدي الذي يخاف منه ، ولاحظ أيضاً الأطفال الآخرين يشاعرلونه وهم فرحون مسرورون . . ف يقوم الطفل بكتلهم في سلوك الشجاعة هذا ويتخل عن هواه ويخعله يكتل على الموضوع الخيف بارتياح شأن غير من الأطفال ، ومن المفضل في هذه الطريقة المزاوجة بين

الشرح النفسي وتشجيع الطفل ملأها أو جسماً على مواجهة الواقع الخيف بالتجريح وذلك بوجود الوالدين . وهذا من شأنه أن يساهم في مهذلة الطفل .

تكلبات الشرح النطيفة من قبل الوالدين تُعتبر إثابة للطفل من أجل كث استجابة المخوف ليتعلم استجابات أخرى أكثر نضجاً .

٣- الاسترخاء :

إن استرخاء عضلات الطفل المخوف يعرض ظهور التعبير بالمخوف عنه (إشراط مضاد) . فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الإيجابي ، فالخوف من الكلام مثلاً يمكن أن يُ消滅 عن طريق الاسترخاء الثام ، ويتم تدريب الطفل على قدرة الاسترخاء وهو في سريره لرأى ، لستطيع استخدامه في الواقع المخيف ، حيث يتمكن من الاسترخاء لدرجة الإلالة لركلمة بسيطة مثل (استرخ) ، كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بفاعلية في أثناء وجوده في حمام دافئ مما يكتسب طريقة لتنقلب على المخوف عندما يذهب إلى النوم فيقوم بارتعاد عضله ويشغيل نفسه في حمام دافئ .

ويمكن استخدام الاسترخاء مع خفض المسماة التدريجي من الموضع المخيف للطفل بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إحداثها للطفل شيئاً فشيئاً ، ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من الشهد الذي يتم وصفه ، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لنهضة الطفل عن طريق التفسير والاتصال وتناغم مع المدعيه أيضاً ، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي الثام .

٤- الإيجاد الذاتي :

إن تعليم الطفل كثافة الإيجاد الذاتي (التحدث مع الذات) بشكل صاف يمكن أن يحسن من مشاعره نحو الموضوع الخيف .

فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها تبدو أكثر خوفاً ، في حين أن التفكير بالكلمات الإيجابية تؤدي إلى سلوك العدّا . ومثال ذلك : « أستطيع أن أواجه ذلك » ، « إني أصبح أكثر شجاعة ، أزمه وثغر » ، « كل شيء سيكون على ما يرام » ، « أنا بخير » ، « إنها مجرد تحيّلات » ، « الوحوش لا توجد إلا في الأفلام ويعدها عن

الناس » ، « الرعد لا يمكن أن يزدري » .

كما يمكن للتدريب الأطفال على كيفية إلقاء أفكارهم الخاطئة بمجرد قول (توقف) وبعدها يقولون لأنفسهم عبارات إيجابية مضادة .

ثالثاً : عصاب الوسواس القهري

: Obsessive Compulsive Neurosis

مفهوم عصاب الوسواس القهري ومظاهره :

يُطلب عصاب الوسواس القهري « لرواً مقلباً معيناً » وهذا فإن هذا النوع من العصابات لا يحدث في الطفولة المبكرة ، يمكّن حالات التلقّل والخوف التي يمكن أن تظهر بشكل واضح خلال هذه المرحلة . فالأطفال في الأعوام بين سنتين وسبعين سنة يقومون بأداء الألعاب أو تكرار الأقوال أو إجراء الطقوس بطريقة جامدة ، وفي عمر 12 سنة يأخذ الاتّهاء المطلق بالتحول التدريجي إلى النّسية . وبالاعتداد على عيوب التعلم والذكاء يصبح الأطفال أكثر مرورة ويفهمون أن القواعد ليست شيئاً مطلقاً وإنما هي معايير متفق عليها .

والوسواس القهري عند الطفل أكثر ظهوراً في عمر 8 - 10 سنوات وما فوق ، وأكثر تأثيراً في القرد في مرحلة البلوغ والراحة .

ويذكر منصور (١٩٨١) أن أكثر من نصف حالات الوسواس القهري توجد عند من تقلّ أعمارهم عن عشرين عاماً ، كما أن ٢٠٪ من هذه الحالات توجد بين الأطفال الذين تقلّ أعمارهم عن خمسة عشر عاماً . كما أن كثيراً من حالات عصاب الوسواس القهري تظهر فجأة ، ويعمل في تمجيلها ظهور حادّة جديدة في حياة القرد وظهور عدد الذكور أكثر من الإناث ، ويظهر عصاب الوسواس القهري على شكل سلوك حركي أو فكري مستمر أو دوري يضمن وجود أفكار أو انتزاعات أو خلائق مع يقين القرد بثباته هذه الوسواس ، وعدم معقوليتها ، وأنها لا تستحق الاهتمام ، وعازولة القرد مقاومتها والتخلص منها مما يترتب عليه الشعور بالعجز الاجتماعي والألم النفسي .

كما يعاني المصاب من ضرائج دائم يصاحب عملية تفكيره ، وظواهيله للإيجاد فيها يتعلّق بصفته نتيجة لما يعاني من إيجاد ناتج عن أعماله وقلقه وهرمه

للسترة . وقد قسم العالم الألماني ، أشتباكل ، الوساوس التهري إلى ثلاثة أنواع :
سلط إلكار ، وسلط أفعال ، وسلط إلكار وأفعال .

وعلماً ما يميز الوساوس التهري عند العاديين عنه عند المرضى أنه لا يهدى
عند العاديين لفتره طويلة ، ولا يهدر في سلامه التفكير بشكل كبير ، ومن
السهل أن يزول مع الزمن والاشغال بالعمل آخر . أما الوساوس التهري
المرضي فيتحكم تماماً في الوظائف الشعرية ، ويبلغ عمل الفرد بصفة مستمرة ،
مجبراً إياه على التفكير والاختفاء والفعل بطريقة معينة ، فقد تستحوذ على الفرد دون
أن يستطيع مقاومتها ، مثل الإلكار من خصل الدين ، أو تبديل الملابس أو تفقد
المكتبة ، أكثر من مرة قبل أن يغادر المنزل ودون مبرر لذلك . والجلدier بالذكر فإن
الكثير من العاب الأطفال يكون لها طابع تهري ، فطالب المدرسة الذي يعذ
درجات السلم في أثناء هبوطه أو سلاته ، وكذلك الذي يقلد المحجر بقدمه عند
عودته من المدرسة إلى المنزل وكذلك عند ذهابه ، أو يسير خطوة على الرصيف
وخطوة على الأرض وهو يحلم تفاصيل هذه الأعيان دون أن يستطيع التوقف عنها .

والحقيقة فإن السلوك التهري أو الكمالية البسيطة ، إذا أحسن
استخدامها ، يمكن أن تكون عوناً أكيداً للطفل .

فالعقل يمكن أن ينبعج في إتجاز الكثير وكثيراً من قبل الآخرين ، ويتضرر
الكثير من الآباء والعلمين إلى الكمالية والتربيب كتضليل ، ولا يحملون على
تعديل مثل هذه السمات . وهذا يكون على الراشدين أن يوجدوا لدى الطفل توهماً
من التوازن بين المخرس على التفوق والكمال ، وبين البقاء كشخص مرن ، سهل
التعامل مما يسمح له بالتكيف مع الصعوبات التي يواجهها .

أسباب الوساوس التهري :

يُعتبر عصاب الوساوس التهري من أقل الاضطرابات النفسية شيوعاً ،
فتبهه مثلاً ٢٠,٦٪ من بين المترددرين على عيادة الطب النفسي مستشفى جامعة
عين شمس بالقاهرة (حكاية ، ١٩٧٦) . وبالرغم من ذلك فإن له أسباباً
متناها :

١ - الأسباب الوراثية والتسيلوجية :

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري ، حيث وجد أن آباء الأولاد المرضى بالوسواس يعانون من نفس المرض وكذلك حسن الآخرين والأخوات (عكاشة ، ١٩٧٦) . ذكرى أنتول Anthony (١٩٦٧) ، أن أكثر من نصف آباء الأطفال المصابين بعصاب الوسواس القهري هم أنفس مصابون به ، مما يشير إلى وجود عملية تقليد من الطفل لهذا النوع من السلوك المصابي ، فالعصاب بوسواس قهري كثيراً ما يوجد في المرة يتكرر فيها هذا العصاب (منصور ، ١٩٨١) .

وتشير الدراسات إلى أن للعامل التسيلولوجي دوراً في وجود عصاب الوسواس القهري . فقد ثبت أن هذا العصاب يصيب الأطفال الذين لم يكتمل عندهم نضج الجهاز العصبي بعد ، كما ظهر لديهم أيضاً وجود اضطراب في رسم الخط الكهربائي . بالإضافة إلى ذلك فقد ثبت البعض إلى أن الوسواس القهري ناتج عن وجود بروز كهربائية تشنطة في مخاط الدماغ ، وهذه البروز تسبب جسب مكانها في اللحاء فكرة لحركة لحركة لارتداداً .

٢ - الأسباب النفسية :

للشدادات والضيق النسبي التي يواجهها الفرد دور في تحويل الفتن والأكتئاب إلى وساوس تدور حول المشكلات الجسمية التي يعاني منها الفرد ، وتصبح بذاته واجهة نسبة للتكتيف اللاائزوري .

فالطفل في هذه الحالة يتوجب المصدر الحقيقي لعدم الارتباط بإيجاز سلوك أمن « من وجهة نظره » . فالصراعات والصراعيات الحقيقة عند الطفل لا تواجه ولا تحمل ويتم الالتفاف عنها بالسلوك الوسواسي القهري . فلي شعور قوي يمكن إيقافه وغمره إلى سلوك وسواسي قهري . ولهذا يصبح السلوك المنعفي لدى الطفل هو عصب المشكلات وعدم حل الصراعات وعدم التعبير عن الشاعر بوضوح مما يجعل الطفل يتسم بالآلة ، فهو يبني بالتزامنه إلا أن علاقته مع الآخرين يعززها الندبة العاطفية والأعداء والمعطاء سهولة .

بالإضافة إلى ذلك فإن الإيجاب المستمر في المجتمع والتهديد للتواصل بالمرمان ، وفقدان الشعور بالأمن تؤدي إلى ظهور الوسواس القهري عند الفرد ،

حيث يظهر أعراض الوسواس عند القرد وكأنه يتلمس الأمان ويتجنب الخطر في التعلم والتدليل والنظافة وغير ذلك . بالإضافة إلى ذلك فإن الخوف ، وعدم الثقة بالنفس ، والكتت عوامل أساسية في ظهور الوسواس القهري عند القرد .

فالخوف مثلاً يتم تجنبه عن طريق الاشتغال بسلوكه يؤدي إلى تأجيج الحادث غير المرغوب ، فمن طريق حد أو تنظيم الأشياء يزعزع الأطفال بعض الواقع البادع على التوالي سواء أكانت حقيقة أم متخيلة ، فقد يتفاقم الطفل أن يلحق به الآذى خارج البيت ، وظناً منه بخطي وقعاً طويلاً وهو يكرر تشنطه ما قبل مخاوفه للبيت . فالسلوك الوسواسي القهري هو سلوك يستمر ذاتياً لأنه يؤدي إلى التخلص من التوتر بشكل مزيف فقط ، وظناً فلا بد من إعادة السلوك القهري ومحاولة الوصول إلى الكمال في كل مرة يعود القلق من جديد . ولكن الطفل يشك بصحة هذا السلوك الذي يقوم به ويصبح قلقاً ويهدى بأن عليه تكرار السلوك من جديد وهكذا . . . فالآباء والأمهات غير الأمنين والترددية يشعرون بخاجة قوية إلى التنظيم والتزبيب كي يخلصوا من قلقهم وتوترهم .

ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن الوسواس القهري يظهر مثراً شرطاً للقلق نتيجة ارتباطه بغير غير شرطي مثير لهذا القلق . فالسلوك القهري يتكون عندما يكتفى القرد أن سلوكاً معيناً يخفف القلق المرتبط بالتفكير الوسواسي ، وتفريح القلق يعزز هذا السلوك القهري وبنته ويصبح شيئاً سلوكياً متملاً (زهاران ، ١٩٧٨) . أما أصحاب مدرسة التحليل النفسي فيرجعون هذا العصاب إلى المرحلة الشرجية في تكون شخصية القرد ، المرحلة الثانية من مراحل التكوين النفسي الجسدي للفرد ، وقصة رقاقة الآنا الأعلى للقرد تمايكون عنه وسواساً وشكراً في عدم قدرته على التحكم في تصرفاته ومراتبها .

كما يرى فرويد أيضاً أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع إلى خبرة جنسية مثالية سلبية تكتب وتنظر فيها بعد معيناً عنها يانكيلاً سلطة وسلوك قهري يظهر السلوك الوسواسي القهري بشكل رمزي ، يسمى فيه العصاب لاشعورياً إلى عذاب ذاته ، ويكون السلوك القهري بمثابة تكثير رمزي وراحة للتفكير . مثلاً ، عندما يلتجأ القرد إلى خل باديه عدة مرات تغير رمزي عن غسل الشخص وتنظيرها من الإنم المتصال بخطيئة أو خبرة مكبوتة .

٣- الأسباب الاجتماعية :

يظهر عصاب الوسواس النهري على شكل تقليد للوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس النهري .

كما أن أساليب الشذوذ الاجتماعية الخاطئة ، والتربيـة المترددة والصـارمة والتي تقوم حلـ الأـمر والـبيـ والـقـمع لـالـسلـوك والـعـقـاب لـالـتـكـرـر ، والـتـدـربـ الخـاطـئ ، والـتـشـدـد عـلـ الـنـفـاقـةـ والـإـخـرـاجـ فـيـ مـرـحـلـةـ الـطـفـولـةـ يـكـنـ أـنـ تـؤـجـيـ إـلـىـ ظـهـورـ أـعـرـاضـ عـصـابـ الوـسوـاسـ النـهـريـ عـنـ الـطـفـلـ .

بالإضـالـةـ إـلـىـ ذـلـكـ فـإـنـ تـوـقـعـاتـ الـوـالـدـينـ الـمـشـدـدـةـ مـنـ الـأـطـفـالـ يـكـنـ أـنـ تـهـمـ فـيـ ظـهـورـ سـلـوكـ الوـسوـاسـ النـهـريـ عـنـهـمـ . فـلـأـبـاءـ الـتـشـدـدـونـ هـمـ أـنـهـمـ جـاهـدـونـ وـكـالـيـلـونـ تـلـيـلـوـ الـاسـتـهـانـ بـخـواـبـ الـفـحـفـ وـعـدـمـ الـأـسـقـىـ لـهـيـ الـقـلـ ، وـقـدـ يـكـوـنـونـ مـعـزـوـزـ اـجـتـمـاعـيـاـ ، وـيـمـرـصـونـ عـلـ الـتـأـكـيدـ الشـدـدـ عـلـ صـوـابـ الـتـعـالـمـ وـعـلـ الـنـفـاقـ .

ذـكـرـيـاـ ماـ يـسـعـ الطـلـلـ مـنـ وـالـدـهـ أـوـ وـالـدـهـ عـيـارـاتـ مـثـلـ : «ـإـنـيـ أـعـرـفـ أـنـكـ تـسـطـعـ ذـلـكـ ، لـذـلـكـ لـاـ تـعـطـيـ أـيـةـ أـعـذـارـ»ـ ، فـمـثـلـ هـلـامـ الـأـبـاءـ يـنـقـصـهـمـ الـعـاطـلـ ، وـهـمـ غـيرـ قـادـرـينـ عـلـ رـوـيـةـ الـأـمـرـ مـنـ وـجـهـةـ نـظـرـ الـطـلـلـ ، إـلـيـمـ يـقـدـمـونـ ثـوـرـجـاـ لـالـسـلـوكـ النـهـريـ وـيـعـزـزـونـهـ ، وـعـلـاقـاتـهـمـ بـأـطـفـالـمـ عـلـالـةـ عـالـيـةـ ، أـوـ بـارـدـةـ لـوـ عـدـوـانـيـةـ ، وـهـمـ يـتـلـلـونـ ثـوـرـجـاـ لـلـكـيـالـةـ الـزـائـدـ فـيـعـصـمـ الـأـطـفـالـ يـقـدـمـونـهـ الـعـاءـ مـبـلـلـةـ عـنـ طـرـيقـ الـقـيـامـ بـالـسـلـوكـ الـكـيـلـ الـمـتـرـدـدـ مـتـجـاهـةـ لـلـأـبـرـوـنـ الـشـدـدـونـ ، فـيـ حـيـنـ أـنـ بـعـضـ الـأـطـفـالـ يـصـبـحـونـ عـدـوـانـيـينـ . وـالـخـيـفـةـ مـاـ يـدـاـ الـسـلـوكـ النـهـريـ بـالـظـهـورـ حـقـ يـصـبـحـ فـيـ الـعـادـةـ مـوـلـدـاـ ذـاتـيـاـ شـيـفـرـ وـأـخـرـوـنـ ، ١٩٨٩ـ)ـ .

علاج الوسواس النهري :

أـ.ـ العـلـاجـ الطـبـيـ :

يـكـنـ اـسـتـخـادـ الـعـلـاجـ الطـبـيـ فـيـ حـالـةـ الوـسوـاسـ النـهـريـ فـيـ حـالـةـ فـشـلـ الـعـلـاجـ النـفـسيـ وـالـبـيـئـيـ . وـفـيـ هـذـهـ حـالـةـ يـكـنـ تـقـدـيمـ بـعـضـ الـعـقـاراتـ الـمـفـادـةـ لـلـفـاقـ وـالـكـسـبـ ، وـالـأـدـرـيـةـ الـمـطـمـتـةـ الـكـبـرـيـ وـمـثـالـ ذـلـكـ : عـقـارـ «ـالـأـنـافـرـاتـيـلـ»ـ ،

وبعض المهدات مثل القالبم وذلك تحت إشراف طبي دقيق.

ب - العلاج النفسي :

يعالى الفرد المصاب بوسواس قهري من صراغ وهو بحاجة إلى من يساعدنه ويعالج بيده من أجل تركيز انتباهه وتفكيره في موضوع معين ، فالي من يعاني في المقام القرار لإنهاء ما يعانيه من صراغ .

كما يمكن للمعالج النفسي أن يستشعر قابلية الفرد الوسواسي للإيجاد فيغير الكثير من الأفعالات والاعتقادات لديه .

وعما أن السلوك الوسواسي القهري يرتبط بالشعور بالأمن « أو تجنب المخاوف » فمن الفروري إعادة إشراط الطفل بحيث لا يقى السلوك القهري ضرورياً لتجنب المخاوف وجعلها يصبح الطفل قادرًا على التصرف بدون قهر وظفوس كيالية وهو يشعر بالارتياح في الوقت نفسه .

للتتحققين التدريجي للأطفال الذين يعانون من عصابة الوسواس القهري يكون مفيداً حيث يتم تعليم الطفل على الاسترخاء مع تقليل حساسه تجاه الأشياء المقلقة بتعريفه لتلك الأشياء تدريجياً مبتدئاً بيسط الواقع المقلقة ومتى ينفذهما ويكون ذلك عن طريق الاسترخاء مع تحفيز الطفل للمشهد المثير للقلق ، مما يهمله أقل حساسية تجاه أداء المظاوم الوسواسية ، ويتمكن تدريجياً من أن يتصرف بحرية . فبعض الأطفال يشعرون بأن عليهم أن يرثوا الأشياء بدقة ولاأ شعروا بالقلق والارتياح ، وعندما يكون هؤلاء الأطفال مستعينين بذاته أن يتخيلوا بأنهم تركوا غرفتهم دون ترتيب ، فهم يتصورون أنهم قادروا الفرق ويتعلمون أن يوسعهم الشعور بالقلق بسيط دون أن يسيطر عليهم ، وفي كل يوم يمكن تكرار تصور الشهد نفسه حتى يتم تحفيز الشهد دون شعور بالقلق ، لم يطلب منهم ترك غرفتهم بدون ترتيب دون أن يكون لديهم أي شعور بالقلق .

بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يهدى ثبت انتباه الطفل الذي يعاني من وسواس قهري إلى لعنة لتو شفاط يصرخ انتباهه به عن الاستمرار في السلوك القهري المعاو . والمدف من ذلك هو أن يقوم الطفل بتذكر ذاته عن الانشغال في السلوك الوسواسي القهري .

كما أن التصحح الزائد هو شكل من أشكال إعادة الإشراط ، ويتمثل في إظهار السلوك المنشك بشكل زائد ، فلذلك يتم التغلب على العادة غير الفرورية بطلب من الطفل أن يقوم طواعياً بتكرار السلوك التهري ، وفي بعض الأحيان قد تستخدم المكافأة أو العقوبة للتأكد من إطاعة الطفل .

فمثمنا يبدأ الأطفال بصف الآباء أو النساء أو للحو ... الخ .

يطلب منهم التوقف وأداء تبريات يأذن لهم وأذعنهم لمنه خس دقائق ، مثلاً يمكن أن يرفعوا أنفاسهم فوق رؤوسهم ثم يلمسوا أنفاسهم ، ثم يضعوا أنفاسهم على وساعتهم ، ثم يلمسوا أنفاسهم ، ثم يضعوا أنفاسهم فوق رؤوسهم ... الخ . وبعد تكرار ذلك عدة مرات تبدأ العادات التهري بالضعف في أغلب الأحوال (شير ، وميلان ، ١٩٨٩) .

- ومن الطريق للتبيدة في علاج السلوك الوسواسي التهري : استخدام الطفل سلوكاً بديلاً عن السلوك التهري تقل في به المقصوية تدريجياً بحيث يوازي كل التخلص التلقائي من جميع السلوك التهري . ويتم ذلك عن طريق الشرح للطفل وإذاعته بأن ما يقوم به من سلوك تهري ليس ضرورياً ، ولا بد من الابنة الصادقة لاستبداله وعدم إضاعة الوقت بسلوك لا جدوى منه .

- وعندما يتصرف الطفل التهري بطريقة صحيحة بعده عن التمعطية يفتح وبشكلها لأن إعطاء الطفل بعض الامتيازات نتيجة تحليه عن بعض الأفعال المقصوية أمر فعال .

وأن يتم الامتناع عن تشجيع العادات المختلفة في حالة ظهورها ، وأن يستخدم أسلوب وقف التعزيز حين ظهور السلوك التهري عند الطفل حيث لا يحصل الطفل على المكافأة لفترة معينة .

وليقاً للسلوك التهري لا بد أن يعمم وألا يقتصر على البيت بل يتم في مواقع أخرى « في المدرسة وخارج المنزل ... إلخ » .

- ولا بد من تشجيع الطفل التعبير عن مشاعره للوقاية من تطور السلوك الوسواسي التهري عنده . فعملية التعبير عن المشاعر من طريق القيام بنشاط جسم في أثناء النهض يشعر الطفل بالارتياح . مثلاً إذا قام الطفل بكلم دمية

مطاطية وهو يصبح «أثني أكرهك»، يمكن أن ينس عن الطفل ويشره بالارتفاع.

العلاج الاجتماعي :

يتصح الفرد في حالة الإصابة بعصاب الوسوس التهري ببدل مكان إقامته أو عمله، خاصة إذا كانت الأذكار لالأفعال الوسواسية متعلقة بالمكان أو بالعمل.

وقد يكون هذا التغير من شأنه أن يساعد في التقليل من آثار الوسوس التهري.

وفي حالة الأطفال يمكن أن يكون العلاج باللعب أجدى الطرق التي يتم من خلالها التغلب على عصاب الوسوس التهري حيث أن اللعب ينفي في توسيع دائرة العلاقات الاجتماعية ويفصل عن العزلة ويعلم الطفل كيف يتعامل مع الآخرين ويصرف انتباهه عن الفكرة التي تثير عنده هذه الأنواع من العصاب.

كما أن العلاج الأسري والعلاج بالترفيه من الطرق الأخرى في العلاج الاجتماعي وتفيد في حالة عصاب الوسوس التهري.

رابعاً : فصام الطفولة *Childhood Schizophrenia*

مفهوم فصام الطفولة وظاهره :

يُعتبر فصام الطفولة حالة ذهانية تظهر بعد سن الخامسة، حيث يكون الطفل النصامي قد عان من سوء الصحة الجسدية منذ الولاد، مع شرخ مشكلات التنفس والتغذية الغذائي والنفس. والطفل النصامي تضطرب عنده الاتجاهات الزمانية والمكانية، ويكون مشروثاً وقلقاً بسبب الالية التي يعيش فيها، كما تحدث عنده هلاوسن وهذامات أحياناً، بالإضافة إلى ظهور سلوك حركي غريب عنده قد يتضمن الدوران بالجسم حول عموده، والمشي على أطراف الأصابع (أصابع القدمين)، كما تحدث عنده اضطرابات في النوم، والأكل والإخراج (سون، 1988).

فالتفكير الشتت هو السمة المميزة للنصامي، حيث يلاحظ أن معظم

الأطفال اللذان مصابون بنقص حاد في التمور الادراكية والعقل والاجتياح .

وقد بيّنت إحدى الدراسات التي أجريت في هذا المجال أنَّ ٣١٪ من فحصات الطقوس هو سلوك تکوصي وعلَّ فرجة عالية من التوافق السُّبُّ ، وأنَّ ١٨٪ كشفت عن فلشل في تحقيّق معدّلات التحوّل اللّاذّم في مرحلة سليمة ، و٥٠٪ من الحالات بدت متحقّقة علَّا الشّهور الأولى من الحياة .

كما ألمحنا دراسة أخرى أن ٨٠٪ من الحالات لم يكن لها عادياً بالمرة ، بينما ظهر أن التي قد مر بعدهن أو ثلاثة من التمرين العادي .

هذا وقد شخصت أغلب حالات التصام عند الأطفال ما بين سن ٥ و٨ سنوات وبين المراهقة.

ومن أبرز المصادص لفصام الطفولة كما ذكرها (مصور، ١٩٨١، ص ٣٢٢):

- النمو اللغوي غير الملاكم .
- الكلام الغريب .
- العجز عن التعامل مع الواقع .
- تقصّ في توحيد الشخصية .
- الانهزالية .
- الحركات التكرارية .
- السلبية .
- تبلّد الإحساس .
- الانسحارات المفرطة .

ويختبر العالم السوري « بروجين بلوبلر » Bleuler أول من أدخل مصطلح الفحصam (Schizophrenia) ويعتمد على تقسيم المتعقل، وقسم الامراض المرضية في الفحصam إلى امراض أساسية (جوهنية) وهي اضطراب التفكير التحيز، اضطراب الروابط واضطراب الوجودان ، والذاتوية (autism) وثنائية المعاشر ، وأعراض مصاحبة وهي الملاوس والضلالات . . .

وينت «بلنيلار» أنَّ تأثيرات البيئة الخارجية تلعب دوراً رئيسياً في تحديد

سلوك المرض . وقد أكمل «ماير» Meyer مفهوم بلوبلر الأصلي للقصام وضمنه أيضاً تاريخ حياة الفرد ، ووجد أنه منضروري دراسة الفرد منذ بداية حياته ، وأن كل العوامل التي قد تساهم في نشوء اللذهان وتطوره يتبعها .

كما وجد «ماير» أن القصام نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئة المعاصرة . فالعقل المصاب لا يشعر بالطمأنينة في طفولته ، حيث تتعصف علاقته بين حوله بالقلق الشديد ، والعلوان ، والانزعاج إلى درجة أنه لا يستطيع تكوين علاقات مع والديه وبيع الأطفال الآخرين . كما أن نظره إلى ذاته يشوبها الكثير من التشوه ، وتكون مؤلة إذا استمر القصام مدركاً لها وعانياً بها .

كما يشعر المصاب بالتهديد الداخلي لا يدركه ، وبأنه مرفوض ومكره ، وشاذ . وهذا الشعور يشتعل بدوره الخبرات الداخلية المؤللة التي كان قد خبرها القصام في طفولته .

كما يُعاني المصاب من عدم انسجام بين المكان وأفعاله ، حيث يمكن له أن يضحك عند وجود غير عزز ، ويُبكي ويعزز عند وجود غير مفرج .

إن الجذور الأساسية للقصام تبدأ في الطفولة ، ولكنه لا يظهر عادة إلا في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ ، ومن المحموم لا يشعر المصابون بالقصام من هذا الرغب إلا في حالات القصام الاستجلي reactive schizophrenia الذي ينبع عن شفروط بيئة . كما يندلع القصام ارتباك وتقلب افتعل بصورة شديدة . وفي هنا النوع من القصام تبدو فرصة الشفاء كبيرة .

فالقصام ليس إلا مجموعة من الأضطرابات التي تصيب الشخصية ، يتميز بالانسحاب من الواقع ، وبتفكير مشوش وغير واقعي ، وبرلة الفعالية وافسحة ، وغرابة في السلوك مع حدوث هلاوس وأوهام وأضطرابات في الوجودان والشعور ، ينبع عن عوامل متعلقة بيولوجية ونفسية واجتماعية ، ويكون من الصعب الشفاء منه غالباً . كما يوصي أيضاً بأنه تختلف في التعبير كل جوانب النضج .

يُعتبر القصام كلاً من الذكور والإناث على حد سواء ، ويكثر عند آخر الأطفال ميلاداً في الأسرة ، ويُشير بين كل الأجيال ، ويكثر في المدن الكبيرة المرددة وبين الطبقات الاجتماعية الدنيا (الفقيرة) ويزداد ظهوراً في بداية الصيف

وفي نصل الخريف . كما لوحظ أيضاً أن انتشار القصام يكثر بين الأقارب ، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً بالقصام فإن نسبة انتشاره بين الآباء تصل إلى ١٥ % أما إذا كان كل من الوالدين مصاباً فإن النسبة تصل إلى ٣٠ - ٤٠ بالمائة .

أما عن معدل انتشاره بين الناس فتراوح بين ٨٥٪ - ٩٣٪ .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ نصف من هم تشخيصهم بالاضطرابات النهائية بأهلهم فصابوون .

ذكرى حودة (١٩٩٢) أنه لتشخيص مرض القصام لا بد أن تستمر الصورة المرئية لمدة ستة أشهر ، مع ظهور الملاوس والخداءات ، وفقدان الانسجام بين الأفكار ، وفقدان عقري الكلام ، والتفكير غير الواقعي ، والسلوك المقطور بالإضافة إلى اتياهار مستوى الأداء الوظيفي للشخص ، والانسحاب الاجتماعي ، وبعض السلوك الغريب ، وانهال الشخص لطعامه ، وتبلاه العاطفي ، وفقدان القدرة والاهتمامات .

الأسباب :

لا يوجد حتى الآن (حسب معرفتنا) أسباب محددة للقصام ، وما تم معرفته لا يخرج من مجرد كونه نظريات فقط ، ولكن عليه الشخص ، وعلىه الطبيب النفسي أكدوا على احتمال وجود أكثر من سبب للقصام ، وفيما على تصرفنا بعض هذه الأسباب :

١ - الأسباب الوراثية :

يرى عليه الوراثة أن القصام يكثر عند أسر يكون أحد أفرادها مصاباً بالقصام وهذا فإن أقارب المصابين بالقصام يكونون أكثر عرضة للإصابة بالقصام بالمقارنة مع أفراد آخرين من المجتمع . فالدراسات الحديثة بيّنت أن احتمال حدوث القصام عند أحد التوأمين المترافقين إذا أصيب التوأم الآخر قد يصل إلى حوالي ٥٪ - ٢٩٪ ، أما بالنسبة إلى التوأمين غير المترافقين فإن هذا المعدل هو ٧٪ وهذا مؤشر على وجود عامل وراثي في ظهور القصام .

ذكرى (إيرلنمير وكيمبلنج) Erlenmeyer & Kimling (١٩٧٥) أن ١٠٪ تقريباً من الأعاقاب الذين يتحمرون من أب أو أم مصابين سيظهرون شكلاً

من القصام ، وأنه عموماً يكون الرجالان ضاربين فإن هذا الرقم سيرتفع إلى ٣٥ أو ٤٠ %. فنظام العقوبة ليس إلا استجابات لضغط وراثية .

كما أنه كلما زاد تشابه الأفراد وراثياً زاد احتمال تعرضهم للقصام ، في حالة حدوث القصام عند أحد الأفراد في الأسرة . ومن الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تلك التي أجرتها « بول ونتر » و « سيمور كيس » في الدالارك حيث تم فحص الأطفال الذين عزلوا بصورة دائمة عن والديهم الحقيقيين في بداية حياتهم (خلال السنة الأولى الأولى في المتوسط) ، واتت نتائج الردود بوسائلها آخرين بالتبني وكان المدح هو فحص أكثر كل من الطرفين في التبني بذلك تطور السلوك النصامي وهو :

- ١ - أن يكون الطفل مولوداً من أب نصامي ورثي بوساطة أب بديل نصامي .
- ٢ - أن يكون الطفل مولوداً من أب غير نصامي ورثي بوساطة أب بديل نصامي .

وكان الأفراد المذكورون في كل مجموعة متطابقين في العمر والجنس وعمر التبني والتأثيرات الأخرى . وتم مقابلة الأفراد بعد أن وصلوا إلى من البرغ بوساطة قاصرين آخرين متربيين لا يعرفون تاريخ هؤلاء الأفراد يقصد تشخيصهم . وتم الاستنتاج أن الوراثة هي أفضل مني للقصام . تكون الأطفال تربوا بوساطة أب بالتبني يُمان من القصام فإن ذلك لم يكن ذات دلالة في زيادة احتمال حدوث القصام عند الأطفال .

كما يرى العلماء السلوكيون أن الأفراد النصاميون يرثون استعداداً مسبقاً ، وأن المرض يتطور تدريجياً كاملاً في الظروف غير المناسبة (داليدوف ، ١٩٨٣) .

ـ الأسباب العضوية العاملية :

أوضح الدراسات نتيجة تصوير دماغ النصاميين وجود عيوب في استقلاب دماغ النصامي . كما بين العلماء في مستشفي (إلزابيث) في واشنطن وجود بقعات متخصصة عند النصاميين بالقصام . ويرى عالم الأعصاب البريطاني Tim Karrow وجود بقعات دماغية متوسعة في أدمغة النصاميين بالإضافة إلى وجود كل قشرية دماغية مخالفة . ولم يُوضح فيما إذا كان مرد هذه الكتل الدماغية القشرية المخالفة الحجم عالياً إلى وجود خسارة في خلايا قشر

الدماغ ، أو أنها كانت في السابق ضعيفة النمو . ومن المؤكد وجود ترابط بين البطئات الدماغية المضخمة ، والقصة السببية ما قبل الإصابة بالمرض وضعف الاستجابة للنار (الحجر ، ١٩٨٩ م) .

وقد بين « واط Wyatt » وجود فروقات فزيولوجية في الطريقة التي يحمل بها الدماغ عبد القصامين ، حيث رسم خريطة لجريان الدم في أمعاء القصامين أثناء اختبارهم براذر وسكتسن Wisconsin الذي يقيس النشاط في القص الصدغي الردي « الأداء والنشاط عند هؤلاء . وقد اتضحت له وجود سوء وظيفي وانحراف في جريان الدم في الدماغ عند بعض القصامين أثناء قيامهم ببعض الأعمال .

ولهذا تكون « واط » من إظهار العلاقة الثالثة بين التفكير المجرد والقمع والوظيفي في جريان الدم في الدماغ (الحجر ، ١٩٨٩) . فالقصام يحدث نتيجة التخل في تحفيظ انسجام مستقر بين الأنظمة المعرفية والإدراكية .

ـ الأسباب الكيميائية:

دلت التجارب أن إنتاج النيورامين Dopamine يكون عالياً جداً عند مرضى القصام حيث أن عقار مثيل فينيات Methyl phenidate يساعد على إطلاق النيورامين في نسيج المخ ويعمل على زيادة تكرار حدة الأعراض القصامية (Dr. vis. 1974) . فالشدادات الثالثة المعرفية التي تمارس المواد الثالثة للبلادة المعرفية الثالثة تثيراً مسيرة ارتفاع النيورامين الدماغي . ومن المهم أيضاً أن مادة كولبريت Colpritt تذكر عمل جهاز التغذية الراجعة ، فيفشل هذا الأخير بالإعازز إلى نورونات النيورامين بالتوقف عن إنتاجه عندما تكون مستقبلات النيورامين المعرفية مليئة به (الحجر ، ١٩٨٩) .

ولهذا فإن مركبات الأمفيتامين التي تفرز النيورامين يمكنها بالجرعات الكبيرة أن تشكل أمراضاً دهنية لدى الأسواء ، كما أن مقدرات التهدئ التي تهدى مثبطات النشاط النيورامين تقلل من الأعراض الدهنية .

ـ الأسباب البيئية :

للعوامل البيئية دور أساسي في حدوث مرض القصام عند الأطفال ، فالقصام يكثر في الطبقات الفقيرة ذات الإمكانيات المحدودة . كما لوحظ أن

القصاصين اللذين ينحدرون إلى طبقات أقل في المستوى من مستوى طبقتهم الأصلية ، بسبب تدهورهم وسوء حلفهم (ثابت ، ١٩٩٣) .

كما يكثر النصام عند الأطفال الذين تكون تعليمات والديهم منفاذية ، حيث يصدر أحد الوالدين أمرًا للطفل ويقصد به عكسه (أفعل ، لا تفعل) مما يربك الطفل ويعكس عدم وضوح التفكير المتأول إلية .

كما أن سيطرة أحد الوالدين في أسلوب التربية ، وانعزال الآخر يكون ما يسمى بالطلاق العاطفي بين الوالدين ، الأمر الذي يشهـر منـهـ الطـلـلـ وـيـهـ لـرـضـ القـصـامـ . كـيـاـنـ العـلـاـقـةـ غـيـرـ الـكـلـاـكـةـ بـيـنـ الـوـالـدـيـنـ (كـاـنـ يـكـوـنـ أـحـدـ الـوـالـدـيـنـ مـسـلـطـاـ وـالـأـخـرـ لـيـاـ) يـؤـدـيـ إـلـىـ تـنـكـكـ شـخـصـةـ الطـلـلـ وـيـهـ لـرـضـ القـصـامـ . فـالـأـطـلـالـ يـكـوـنـوـنـ فـيـ سـيـفـةـ جـدـاـ عـبـارـةـ عـنـ سـجـلـاتـ حـسـاسـةـ جـدـاـ تـنـقـطـ كـلـ مـاـ عـبـرـيـ بـيـنـ الـوـالـدـيـنـ مـنـ عـلـاـلـاتـ . كـيـاـنـ الشـدـاتـ الـجـهـةـ (Stress) وـإـدـرـاكـ الـقـرـدـ طـاـ وـشـعـورـهـ يـخـطـرـهـ يـؤـدـيـ إـلـىـ زـيـادـةـ إـفـرـازـ الـأـدـرـيـتـالـينـ ، وـيـمـدـدـ خـلـلـاـ فـيـ الـمـجـمـعـ الـكـيـمـيـاـيـيـقـ الـدـمـاغـ ، مـاـ يـتـعـجـبـ مـوـادـ مـوـلـدـةـ لـلـقـصـامـ .

ـ الأسباب النفسية :

• يحدث النصام أحياناً بسبب الصراع النفسي Conflict بين رغبات القرد الأولية اللاشعورية والرغبات الاجتماعية . فإذا استمر هذا الصراع فترة طويلة عند القرد ولم يجد حلّاً انتهى التفكير والسلوك والذي يؤدي أحياناً إلى الانطواء والقصام .

كما أن ضعف الآنا (Ego) الذي قد يكون أحياناً قطرياً أو مكتباً نتيجة نقص الأمومة والتي ي يؤدي إلى نقص التحيز بين الذات واللوبي ، وتقصى انساق الوظائف النفسية وتكاملها ، وبذاته الدخاعات والصراع المؤولد عن العنوان ، مما يؤدي إلى نقص التقويم لكل أنواع الضغوط . وقد الاتصال بالواقع .

وبحسب وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي فإن النصام ليس إلا تكرر إلى المرحلة القمية إلى قترة ما قبل تحيز الآنا عن المفر ، حيث أن القصاصي يعتقد الآنا الذي يقتربها الواقع والاتصال به وينهك في ذاته ، ويعزى التكرر إلى الفعل الحاد الذي يعود إلى الواقع العدوانية أو الجنسية اللاشعورية الحادة .

- كيأن التعدم التلقى بالآخرين والحسابة الشديدة لعدم قيود لهم له تولد عن اضطراب العلاقات بين الشخص والآخرين والتي تعود إلى مراحل ثور الطفل الأولى ، مما يجعله يميل إلى الانسحاب للتحفظ على أمنه الداخلي ، واعتباره للذاته مما يزيد من انطرواه وعزله ورفضه للآخرين .
- كيأن ترى (ميلان كلاين) أن الأشهر الأولى من حياة الطفل وما ينشأ عنها من مشاكل إيجابية أو سلبية نحو الذات والآخرين هي أساس التفاصيم وتكوين دفاعات مرغوبة تستقر حتى في الكبر (حوده ، ١٩٩٢ م) .

الوقاية والعلاج :

يُعد مرض القصام في النالب مرضًا مزمنًا حيث يمثل ٥٠ - ٧٠٪ من المرضى الذين تطور إلستهم في المستشفيات العقلية ، ونادرًا ما يعود الشخص إلى حالته السابقة من الأداء الوظيفي . ولقد لا يد من الخلاص طريق النالبة في الوقاية والعلاج من هذا المرض .

١ - العلاج الطبيعي :

الخد ما يمكن من زواج الشخص الفعالي ، وإنما حدث ذلك ليجب لا يكون من زوجة قصالية ، والأيام أكثر من طفل واحد ، لأن مرض القصام ينتقل إلى الأبناء بنسبة ٤٠ - ٦٥٪ .

٢ - العلاج الدوائي .

إن المهدبات الكبيرة هي العلاج الأكثر فعالية لأمراض القصام ، وذلك بفضل آليتها التي تحد من إنتاج التوبيعين الدماغي . كيأن المهدبات الكبيرة تبدل دواما بصورة ثابتة وظيفة الدماغ من خلال زيادة قوة ارتباط مستقبلات التوبيعين العصبية . ولقد استعمل في العلاج عقار « الكلوربريزازين » وفقاً للمقادير التي يحددها الطبيب بما يناسب مع شدة المرض . كيأن يستخدم عقار « الاستيلاترين Stelazine » في حالة وجود خواريز أيضًا ضمن المقادير التي يحددها الطبيب المختص ، وعادة ما يُعطي العقاران معاً .

٣ - العلاج بالجلسات الكهربائية :

ويُستخدم في بداية الفحص أو في الحالات الشديدة للتراقة مع أمراض تصميلية (كتالوزية) ، أو في حالة الربض المُحَمَّل ، وحالات الفحص المصاحبة بأمراض انتظامي وجدانى .

٤ - العلاج النفسي :

من الصعب الوصول إلى علاج نفسي عيّن مع الفحصين ، لأن مرض الفحص لا تكون لديهم آثار قوية إلى الحد الذي يمكنهم من تحمل المعاناة والتحكم في تزاعيمهم . ولكن من خلال العلاقة العلاجية التي يكرهها المُعَالَج مع الشخص النفسي يمكن أن يُقلّل من تلقّي الربض ويتخلصه من أوهامه ويشجعه على التعامل مع المُحَمَّل بواقعية وذلك من خلال فهم الربض التدريجي لأعراضه الذهانية ومعاناتها ، ومواجهة مخاوفه وصراعاته تجاه الجنس والعنوان ، وتحمّل صراعاته الداخلية والخارجية دون تكوص لدفاعات ذهانية ، مما يجعل الربض يحس بقدرته على التأقّل والتراوّق الشهي وحل صراعاته النفسية أو فيونا واقتيل العالم والتکيف معه .

وهذا بعد العلاج النفسي الجيّع فعّالاً في حالة الفحص ، حيث يتم وضع الربض مع مجموعة من المرضى مع وجود المُعَالَج ومساعده ، حيث تُسَنِّ المهارات الاجتماعية لديه من خلال التفاعل مع الآخرين مع إعطاء التدريب والمساندة من المجموعة للربض ، وقد يأخذ صورة أشطة جماعية (حودة ، ١٩٩٢) .

كما يمكن استخدام اللعب الجيّع بالدم ، واستخدام الرسم ، وتحلّيمه بعض المهارات للتخلّص من بعض الصعوبات التي تواجهه .

٥ - العلاج الاجتماعي الأسري :

وفي هذا النوع من العلاج يتم إلصاق حالة الربض للأسرة وتحمّل علّه وتنقّل مشاكله ، بالإضافة إلى إجراء بعض التعديلات في سلوكيات الأسرة في تعاملها مع الربض للإقلال من التكاس الربض . فقد لوحظ أن العداء للربض وكراهة التقدّم يؤدي إلى زيادة فرصة التكاس .

ويمكن استخدام برنامج التصحّح الاجتماعي الفردي المُطبّق حالياً في مركز

بحوث الطفولة في نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية . فالبرنامج يهدف إلى تحسين قدرة الأطفال القصاليين على إدراك وتقدير الخبرات الداخلية والخارجية ، حيث يقدّم المقيمين بالمركز فتنة نهاية الأسبوع مع أسرهم ، وبطبيعة الأسواع يتواجدون في المركز . ولذا يتم إعدادهم جسماً بدرجة كبيرة من خلال البرنامج ، إذ يستيقظ الأطفال الذين في سن ٥-١١ سنة ، فتتناولون الطعام ثم يذهبون إلى الدراسة ويستمتعون بفترات من اللعب ، ويأخذون حمامهم ، وينهبون إلى النوم في مواعيد مطلقة كل يوم . بالإضافة إلى ذلك تُحدّد أوقات الجلسات العلاجية مع المعالجين الشرين .

اما أهم أعمال هبة المركز فهي الإشارة إلى المفاهيم كل طفل وتشبيهه للبحث عن القبول الاجتماعي ، حيث يركز على المساعدات الخاصة بالتدريب والمدرسون والممرضات للقيام بهذه الأفعال . كما يتضمن برنامج العلاج اجتماعات بين المعالج النفسي للطفل وبطلي أعضاء الهيئة الأخرى ، وذلك من أجل اشتراك الجميع في دراسة الخبرات اليومية للطفل (متصر ، ١٩٨١) .

وبنتيجة هذه الطريقة في العلاج يحسن بعض الأطفال بصورة جيدة ، في حين أن البعض الآخر لا يظهر عليه أي تحسن .

خامساً : الاكتئاب Depression : مفهوم الاكتئاب ومظاهره :

تشير كلمة الاكتئاب في اللغة العربية إلى الحزن والكآبة . فالاكتئاب يعكس عند الطفل مشاعر الكآبة والحزن والسلام والعزلة ، وعدم السعادة وأضطراب العلاقة بالآباء والأخرين ، وقلة الحيوانة والتفاهم الحسناً واللهم . فبرى شير (١٩٨٩ ، ص ١٦٦) أن الاكتئاب « هو شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بالتفاهم في الفاعلية » . أما الحجازي (١٩٨٩ ، ص ٨٤) فيعرف الاكتئاب تعريفاً أقرب إلى الوصف منه إلى التعريف . فهو يرى أن الاكتئاب « اضطراب عاطفي ينبع من تغيرات نفسية وبدنية سريرية » ، تعكس مزاج المرض وحياته . وتنداخل في هذا الانضطراب عوامل بيئية وذاتية ، وبيوكيميائية وذاتية ، وتركيب شخصية في حلوه » . في حين يرى كوكيلز (١٩٩٢) أن الاكتئاب يصف خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو إلفعالية ، والتي قد

تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمى أو عقلى أو اجتماعى ، وزملة Syndrome مركبة من أمراض معرفية ويزوية (إرادية) وسلوكية وبيولوجية ، بالإضافة إلى المخربة الوجدانية . أما (بك) فتُعرف الاكتاب على أنه « حالة انفعالية تُصنف : تغيراً عدوداً في المزاج ، مثل مشاعر الحزن ، والوحدة ، واللامبالاة بحيث تكون مفهوماً سالياً عن اللذات مع توسيع للذات وتحقيقها ولو أنها ، ورغبات في مغادرة الذات ، مع الرغبة في الفروق والأختفاء والزرت ، وتغيرات في النشاط مثل : معرفة النوع ، وصعوبة الأكل ، وتنافرات في مستوى النشاط ، مثل : تتعص أو نبذة في النشاط » (صالح ، ١٩٨٩ ، ص ١٠٤ - ١٠٥) .

ويُمكن أن يُصنف الاكتاب إلى صنفين أساسين هما : الاكتاب الداخلي للنحو Endogenous وهو اضطراب تطبع فيه العوامل الوراثية - البيولوجية دوراً هاماً . وهذا النوع من الاكتاب يكون شبيهاً ، يحدث دون وجود عامل هام سبب ، ويكيل إلى الآباء وحدهم بشكل ممکرو ، وظالماً ما توجد قصة عائلية لاضطراب عقلى عائلى عند الأسرة .

اما النوع الآخر للاكتاب فهو الاكتاب الخارجى الشأن Exogenous أو الاكتاب العصاوى ، وهذا النوع يكون ناتجاً عن ضغوط الحياة ، و تكون أمراضه خطيرة ، وأسبابه معروفة (شدات نفسية ، أو ضغوط خارجية ، أو مرض عضوى) . فالحزن مثلاً شعور سوى ولكن إذا زاد عن الحد الطبيعي لدى إلى الاكتاب الارقى . وقد دلت الدراسات (١) من وجود عدد متزايد من الأطفال المكتبيين عنهم دون الثانية عشرة ، حيث أن طفلاً من كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من الاكتاب . كما وجد لونكتورز (١٩٨٤) أن هناك ٢٥٪ من الأطفال يعانون بالاكتاب .

بالإضافة إلى ذلك فقد أوضحت دراسات أخرى أن ٥٨٪ من آباء الأطفال المكتبيين هم أيضاً مكتبيون . والاكتاب يمكن ملاحظته بسهولة عند أطفال سن العاشرة من العمر حيث يظهر على شكل يكاه ، ونكرار نوبات الغثب والبرس . كما يمكن أن يكون الاكتاب عند الأطفال سبباً لكثير من المشكلات

National Institute of Mental Health: causes Detection and Treatment of child- (١)
hood Depression, Ninth, Washington, D. C. 1979.

السلوكية الأخرى مثل : فقدان الشهية ، ألام البطن ، الصداع ، التبول الإلارامي ، نوبات الغثيان ، التقلل ، التعب ، ضعف القدرة على التركيز ، النشاط الزائد والمشكلات الفسيولوجية ، حيث تظهر هذه المشكلات كوسيلة لتفريغ الشعور بالاكتئاب . وقد تزداد بعض صور الاكتئاب الملموسة عند الأطفال لتصعد إلى درجة الانتحار .

أما جوزف وولب (Wolpe 1979) فيرجع الاكتئاب إلى عدة عوامل أهمها : عامل القلق ، حيث أن الفرد الذي يعاني من حالة القلق والمفرغ طريله من الزمن فإنه من الممكن أن يُصاب بالاكتئاب .

ولهذا تبين نتيجة الدراسات الحديثة عن الانتحار عند الأطفال دون سن ١٤ سنة في إنكلترا بين عامي ١٩٦١ - ١٩٦٨ أن ٣١ طفلًا قتلوا أنفسهم بواقع

من عدد السكان
٨٠٠,٠٠٠

كما أظهرت دراسات أخرى (شيلر ، ١٩٨٩) أن الأطفال في عمر ٨ - ١٢ سنة يهدرون بقتل أنفسهم أو إداتها ، عادة ما يكونون في حالة غثيان شديد ، إلا أنهم يهدرون من ذلك عندما يقف غثائهم . وهذا يعني أن الأطفال يعبرون عن التأثير الانتحاري أكثر من القيام بالمحاولات الانتحارية الفعلية .

أما عن الفروق بين الجنسين عند الأطفال في ظاهرة الانتحار فقد وجد دومينيان (Domitian 1976) أن ٨٠٪ من الأطفال في سنية من ١٧٢٧ طفلًا من هم في سن العاشرة حاولوا الانتحار كانوا من الإناث ، وكان أيضًا لدى الذكور خاطرة عالية في محاولة الانتحار . كما وجد أيضًا أن ٣ - ٤ محاولات انتحار من الذكور يكون مثيلها ٢٥ - ٣٠ محاولة انتحار من الإناث .

الأسباب :

الأسباب الفيزيولوجية :

لا بد منأخذ الأسباب الفيزيولوجية بعين الاعتبار في حالة ظهور الاكتئاب عند الأطفال عندما يكونوا في البداية جيدين التكيف ثم تحدث لهم استجابات اكتئابية بشكل مفاجئ أو غير مفاجئ . ويرى سلاتر (Slater) أن انفعال مرض

الاكتاب يتم بطيأً بوساطة الجينات المتمدة . فالظهور المبكر لمرض الاكتاب معناه أنه مشبع بالعامل الوراثي .

بالإضافة إلى ذلك تلعب العوامل الكيميائية الخارجية دوراً في حدوث استجابة الاكتاب ، حيث يحدث تغيرات في الأسميات الدماغية عند مرضي الاكتاب . كما وجد أيضاً أن هناك تزايداً في نشاط الفضرة الكظرية عند مجموعة من مرضي الاكتاب ، وارتفاعاً في مستويات الكورتيزول المchorone (التي يفرز من فضرة الكظر) ، بالإضافة إلى وجود اضطرابات في الغدة الدرقية ، أو نظر دم ناتج عن تقصص الحديد أو اضطرابات في سكر الدم والاضطرابات في نسبة الصوديوم في الدم (زيادة ملحوظة في نسبة الصوديوم) في حين أن نسبة الكالسيوم في الدم تخضع نتيجة لارتفاع نسبة الصوديوم ، ونعلم نسبة إفراز ، في البول .

الأسباب النفسية :

١ - تأثير مفهوم الذات :

أكيدت الدراسات (Neims ، ١٩٨٥) وجود ارتباط دال بين الاكتاب ومفهوم الذات عند أطفال المدارس ، حيث وجد أن الأطفال الذين يملكون من مرض الوريدي اعتبر ذات متدنية بالمقارنة مع الأطفال العاديين (الأصحاء) ، وأن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور . كما أظهرت دراسة هيد الباقي (١٩٩٢) ، من (٤٥٤) أن الأطفال الذين اجابوا على اختبار الاكتاب بين أئمهم يملكون من تأثير اختبار الذات بالمقارنة مع زملائهم بشكل مرتفع وبذلك هذه النسبة ٥٦,٥ % .

٢ - الضغوط النفسية المدرسية :

فالنظام المدرسي الذي يقوم على العقاب والقصوة ، والقرب والتربخ يؤدي إلى شعور الطفل بالخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالآخرين ، والاكتاب . وقد وجد بندلتون (Pendleton ١٩٨٠) أن المشكلات الأفعالية التي يعاني منها الأطفال وينها : الانسحاب والاكتاب هي نتيجة حمية للفحص المدرسي . فالعقاب غير العادل من قبل الكبار والوجه نحو الأطفال غير العادلة عندهم ، والغلو والكراء من الكبار وتبعد ظهور الاكتاب .

٢- الإيجابات :

إن الأطفال الذين لا يسمح لهم بالتعبير عن غضبهم بشكل مباشر نحو الآخرين يميلون إلى توجيه غضبهم نحو ذواتهم ، ويميلون إلى القليل من قيمة ذواتهم وينتجون إلى الاعتداء على أنفسهم بطريقة ما وقد يكون الاعتداء أحد هذه الطرق . فالاعتداء هنا يأتي بعد قناعة الطفل بأنه لا يستطيع التوافق مع الظروف المحيطة ، ويشعر بالعجز واليأس مما يحيطه يفضل الموت على الحياة . كما أن بعض الآباء يتذمرون دوافع للانتحار قوية لأنفسهم ولأطفالهم ، وهم لا ينتظرون أي تغير عن الفشل أو الإيجابات من قبل الأطفال ولا ينتظرون مما يعرض أنفسهم من مشكلات مما يجعل الطفل يتخل عن الاتصالات بوالديه ويصبح اكتئابياً .

٤- فقدان الوالدين أو أحدهما :

يرى فرويد بأن فقدان الطفل لوالديه أو أحدهما يؤدي إلى حالة من المخزن الشديد الذي يتطور إلى الاكتئاب المرضي ، حيث أن الطفل (الآن) عندما يشعر بأن موضوع الحب (الوالدين أو أحدهما) قد اخترى من الوجود يؤدي به إلى الشعور بالحزن والإكتئاب خاصة إذا كان الشخص المقصود يمثل للطفل الآباء الأعلى ، مما يحيطه بوجه الكراهة والخذل إلى ذاته ويصل إلى تحطيمها وتدميرها . ولكن ثالثاً هذا فقدان الوالدي يتأثر بعمر و الجنس الطفل حينها يتعرض لحربة فقدان . وقد دلت الدراسات أن الأطفال الصغار (دون سن السادسة) يكتونون أكثر ثالثاً بهذا فقدان من الأطفال الأكبر سنًا . كما أن فقدان الآباء قبل سن ١٥ سنة ، بعد من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى ظهور الاكتئاب عند الأطفال ، وقد يؤدي إلى الانتحار .

٥- الميل إلى جلب انتباه الآخرين وحياتهم أو الانقسام منهم :

كثيراً ما يعبر الأطفال عن شعورهم بالإكتئاب كوسيلة لجلب انتباه الآخرين وكسب حبيهم ، خاصة عندما لا يُبدي الآخرون الاهتمام بسلوك الأطفال ، ولا يهدون وسيلة لجلب انتباههم بالطرق الأخرى .

من جهة أخرى يلجأ الطفل إلى الاستجابة الاكتئابية كوسيلة للانقسام من الكبار ، حيث يصبح الأطفال شديدة الغضب عندما يشعرون بأنهم لا يحصلون على الحب الكافي من الكبار ، فيلجأون إلى تلقيهم درساً من خلال استجابة الآباء

الاكتياب وملهم إلى الاتجار . وقد يكون الاتجار طريقة للتخلص من مواجهة هؤلاء الذين يسيرون الأم أو الإهانة لهؤلاء الأطفال .

٦- التخلص من التوتر :

قد يكون الاكتياب وسيلة للتخلص من التوتر ، عندما لا يسكن الأطفال من السيطرة على ذلك بطريقة مناسبة . أما اللجوء إلى الاتجار فقد يكون وسيلة لإيهام حمل التوتر المستمر عند الأطفال عندما لا يمكن التخلص منه .

الأسباب الاجتماعية :

١- التفكك الأسري :

إن الأسرة المفككة والمترافرة ، كيما في حالة عدم الاستجابة بين الوالدين ، والأب السكير أو المقاوم أو الغائب الطويل مما يجعل الأب فسيف الحياة لا يستطيع التصرف ، كيما يجعل الأم غير متكيفة ولا تتمتع بصحة نفسية جيدة ، ويصبح الطفل عاجزاً أو يتحول إلى راشد مسيء التكيف .

وقد أشار أكerman (١٩٥٨) إلى أهمية الناحي الوجداني والاتجاهات العاطفية المتفاوتة في الأسرة . بالإضافة إلى ذلك هناك الفشل وعيادة الأم التي يواجهها الوالدان (عبد الباتي ، ١٩٩٢) . كيما أن العبراءات الأسرية المترکزة والشديدة تؤدي إلى شعور الطفل بالاكتياب ، وخاصة عند الطفل الأكثر حساسية .

٢- الأسر المريضة :

أكيد العدد من الدراسات على أن الاكتياب يتغلب من الأم إلى أبنائها ، فقد وجد جوديسون وأخرون Ghodisou & Others (١٩٨٤) أن هناك علاقة وثيقة بين الكتاب الأم والمشكلات السلوكية عند الطفل في مدينة لندن ، حيث تبين من خلال الدراسة أن أطفال الأمهات المكتبات يختلفون عن أطفال الأمهات العاديات . فالآباء المكتبات يعجزن عن تقديم الأمان للأطفال مما يولد الشعور عند الطفل بالعجز والحزن والاكتياب . فالاكتياب ينخفض عندما يتتوفر التماطج بين الأم والأب . كيما وجد دوماس وأخرون Domas & Others (١٩٨٩) من خلال فحص ١٥٠ أمًّا لدين امراض اكتيابية متضاربة ، أن أطفالهن يكونون أقل

توافقاً نسبياً واجتهاها .

كما توصلت دراسة سفرازن Sifran (١٩٨٧) ودراسات أخرى غيرها إلى أن أطفال الآباء المكتفين يختلفون عن أطفال الآباء غير المكتفين من حيث التفاعل بين الآباء والطفل .

٣- الشدة الأسرية المعاكضة :

أكملت الدراسات العديدة لليفكرويت Lefkowitz (١٩٨٤) وروشرز Richters (١٩٨٩) أن هناك علاقة بين الرغب والوالدي في فترة الطفولة المبكرة والإصابة بالاكتاب لكل من الآباء والأباء ، كما أن الأمهات لا يستطعن التحكم في أطفالهن مما يزيد من المشكلات السلوكية عندهم .

كما أن القسوة في المعاملة من قبل الأم يساعد في زيادة ظهور الاكتاب عند الأطفال . بالإضافة إلى ذلك فإن سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الآباء يرتبط ارتباطاً وثيقاً باستراتيجية الأمهات في تربية الآباء . فالاطفال في عمر مس سنوات مثلاً يستخدمون أساليب عديدة في عدم طاعة الأمهات حينما يطلب منهم أداء عمل معين ، وأن الذكور أكثر رغبة من الإناث . وقد وجد بيك Peake (١٩٨٥) من خلال دراسته أن الأمهات المكتفين أكثر تشدداً وحدة في التعامل مع أبنائهن قد تصل أحياناً إلى استخدام العقاب الجسدي .

٤- التقليد :

بين شيفر (١٩٨٩) أن أكثر من نصف آباء الأطفال المكتفين هم مكتفين أيضاً . فالاستعداد للاكتاب سمة موروثة ، ولكن هنا الاستعداد يتحول إلى الواقع من خلال العيش مع آباء مكتفين . فالاطفال يقلدون سلوك آبائهم حيث يعلم الطفل أن يكون حزيناً ومكتفياً عندما يشاهد أحد والديه ، أو كليهما مكتفين وحزينين .

٥- شعور الطفل بالعزلة :

إن شعور الطفل بالعزلة والبعد الاجتماعي يزداد إلى الارتفاع في الاكتاب وقد يؤدي إلى الانتحار إذا كان هذا الشعور قوياً وكانت حالة الاكتاب شديدة .

٦- البطالة والفتور :

إن إحساس الطفل بالفتور وعدم القدرة على إثبات احتجاجاته الأساسية بالمقارنة مع الأطفال الآخرين يؤدي إلى شعوره بالاكتئاب . وقد أوضحت الدراسات العديدة أن انخفاض المستوى الاقتصادي ، واضطربان العلاقات الاجتماعية بين الناس ، عامل أساسى في انتشار الاكتئاب والرثة في الانتحار .

الوقاية والعلاج :

- العمل على تقوية مفهوم الذات عند الطفل من خلال الاتصال مع الآخرين . بعض الأطفال يتعلمون بأنهم يشكلون شديدة إلى درجة أنهم يرفضون كل من سواهم . وهذا يجب أن يتعلم الطفل التواصل مع كبار آخرين غير الوالدين حيث أن فقدان الاستحسان والتقبل يصبح أقل بديلاً عندما تواقر للطفل مصادر متعددة من الاستحسان والتقبل . كما أن تنويع المهارات التي يمكن للطفل أن يقوم بها يعزز ثقته بنفسه ويفوي مفهومه الإيجابي . عن ذاته يشعرون بأنه كفؤ في مجالات متعددة . فالآباء الذين لا يشعرون بالعجز لا يترافقون إلى الآباء والاكتئاب ، فالشعور بالقدرة على مواجهة المشكلات والرضا عن الذات كفيل بالوقاية من الاكتئاب .

- السلاح للطفل بالتعير عن الفعلاته : إن شعور الطفل بأن الآخرين يتقلبه ويشت辱ون به ، من خلال مهاراتهم له بالتعير عن شعر به من الفعاليات الغريب ، وأن يتقلبهما ويشت辱هما معه بشكل واقعى يساعد الطفل على التخلص من مشاعر الفيقيه والحزن والاكتئاب ويعمله بقيم تواصلًا فعالة مع الكبار في جو يتسم بالاهتمام والتقبل والتقبل .

- ضرورة ابعاد الوالدين عن الحزن والاكتئاب : فمن المروف أن الطفل يقلد والديه من خلال ما يشاهده عندهما من سلوكيات ومشاعر حزن واكتئاب أو تفاؤل وسرور . فالآباء الذين يرتكرون في حديثهم عن الحزن واللامي والمشكلات في الحياة يصرخ أطفالهم بالأسلوب نفسه . والأفضل هو أن يكون الآباء واعين في أذهان حديثهم وأن يبتعدوا في الحديث عن الشائم والآباء والنظر إلى المستقبل بشكل مثالي ، ولا يد من جعل الأطفال يشعرون بنجاح والديهم والعمل الجاد لبناء المستقبل .

- ضرورة توفير عدد من الأخصائيين النفسيين سواء في المدارس أو في العيادات للعمل على معالجة مشكلات الفلان والأكتاب التي يمكن أن تظهر عند الأطفال.
- ضرورة الاهتمام بتوسيع الآباء والمربيين في كيفية التعامل مع الأطفال الذين تظهر عندهم الاستجابات الاكتابية ، وتحول هنا على وسائل الإعلام لطبع دوراً كبيراً .
- التأكيد على أهمية العلاج البيئي في مرض الاكتاب عند الأطفال ، وكذلك أهمية الإرشاد المزدوج للأباء والأباء الذين يعانون من اضطرابات اكتابية ، وكذلك للأطفال الذين تعرضوا لتجربة الانفصال عن الوالدين .
- ضرورة سيادة الانسجام العائلي داخل الأسرة ، لأن الأمن النفسي الذي يسود داخل الأسرة يعكس إيماناً على سلوك الأطفال داخلها ، أما شبع الانسداد والتفكك داخل الأسرة فيجر عل الأطفال مأساة الفلان والخزن والأكتاب .
- الاعتدال في المعاملة : فالفسوة المفرطة من قبل الوالدين أو الذين الزائد في التنبك في المعاملة يعكس مباشرة على سلوك الأطفال ويعمل منهم شخصيات مختصرة قد تؤدي بهم إلى سلوك الاكتاب والانتحار أحياناً .
- اللجوء إلى العلاج الطبي بالأدوية : وستستخدم في الحالات التي لا تفيد فيها الطرق السابقة . وقد استخدمت الأدوية المضادة للأكتاب من قبل الأباء النفسيين مثل الأسراريين ودينبرامين ، وأميتريلين ، ودوكسين ، وكذلك مايروتان . وهذا النوع من العلاج يجب إلا يكون الخطوة الأولى في العلاج ، وإنما استخدم فلا بد من أن يستخدم من أجل تثوير الظروف التي أدت به إلى الاستجابة الاكتابية ، وأن يكون استخدامه بإشراف طبي .

سادساً : الاستجابات المستيرية Hysterical Reaction
مفهوم المستيريا وظاهرها :

المستيريا هي حالة عصبية تظهر فيها الأمراض الجسمية دون أن يكون لها سبب عضوي محدد . كما تُعبر المستيريا عن فقدان إرادي للوظيفة أو القوامة أو

اضطراب فيها، يصرخ المرضى بأنه يبدأ ويسهي في مواقف الفعالية مشحونة، وترمز

إلى صراع نفسى يمكن تجنبه عن طريق الإيجاب.

ولكن في كثير من الأحيان ، فإن ظواهر المرضية الخاصة بحالات ما لا تفسن أعراضها جسمية خاصة ، كها في حالة الشلل ، وإنما خصائص شخصية عامة تتعلق بالمرضية مثل : سرعة التهيج ، والقابلية للاستهواه ، والليل نحو الانفعالات الانفعالية .

ذُرست المرضية بصورة منتظمة أولاً من قبل العالم شارل كروز Charcot ، لما ترويد فقد أغرب من يقنه بأن الأعراض المرضية (التحولية) تتضمن صدمات أو أنواعاً من الصراع ذات الشحنات الانفعالية تمررت للذكاء ثم تحولت إلى أعراض جسمية تكون بمثابة متضمن لوعجز .

والاستجابة التحولية في جوهرها ليست إلا حالة أو ميكافزم لحركية الذات ، حيث أن الأعراض تعود في صورتها المباشرة على استبعاد التوترات والألم العضلي : فهي وسيلة لحل الصراع النفسي من غير أن يتأثر احترام الفرد لذاته .

أما من حيث القوى النشطة المتفاصلة فإن المرضية والاضطرابات العصبية الأخرى ينظر إليها كمظاهر سريعة للقلق والصراع . ويعود انتصار الفرد بذواته إلى سلك أكثر توافقاً .

هذا ومن بين الاستجابت المرضية التي نلاحظها عند الأطفال حالات الشلل Paralysis والأرتعاش Tremor ، والعمى ، وفقدان الحسية Anesthesia واللارزما المعرفية Tic .

وقد عرف عن الفرد الذي يُعاني من المرضية أنه لا يكتفى لعجزه أو مرضه الجسدي مهيا بذلك خطورته . والأعراض المرضية كثيرة ما يُحصي حين يكون المريض نائماً ، أو تحت تأثير الترميم المغناطيسي وكان ذلك الجزء ذات العلاقة من الجسم قد تحمل في حالة النوم أو الترميم المغناطيسي من مشقة تحمل الصراع الجوهري عند المريض

الأسباب :

- يرى بروبر وفرويد منذ عام 1895 أن المضيريا تترجم عن صراعٍ كامنٍ أو مكتوبٍ .
- تُعتبر المضيريا مظاهر صریحة للقلق الذي يكون موجوداً عند الأطفال .
- العوامل الثقافية والاجتماعية التي يعيش في إطارها الفرد .

الوقاية والعلاج :

وفي حالة الاضطرابات المضيرية عند الأطفال لا بد للإباء أن يكونوا على بصيرة بأنفسهم ، حيث أن تحسن مفهوم الآباء وفهمهم لأنفسهم يؤدي إلى تعامل فعال ومؤثر بالنسبة إلى سلوك ابنائهم المضطرب .

و هناك عدة طرق علاجية للتخلص من الاستجابات المضيرية عند الأطفال من ضمنها :

أولاً : العلاج بالتحليل النفسي :

يتم تشجيع المريض بالتحدث عن مشكلاته التي يعاني منها (التنفس) ، ثم عن طريق التداعي المحر . كما يمكن أن يستخدم التويم المفهطي بفرض الوصول إلى الصدمات التي وقعت للمريض في اللقى وأدت إلى حالة الاستجابة المضيرية .

ثانياً : العلاج السلوكي :

يتم علاج حالات المضيريا عن طريق الإشراط الإيجابي باستخدام الإثابة في تدعيم الاستجابات الناجحة ، وعمل الآثار الحسنة للتربية على الاستحسان الاجتماعي للمريض مع تقادمه في العلاج .

وكيز جوزف وولب (1958) بين نوعين من المضيريا : نوع من المضيريا يتصف بدرجة عالية من القلق ، والنوع الثاني يتصف بدرجة منخفضة من القلق . فالذين يتصفون بدرجة عالية من القلق استجابوا جيداً للعلاج السلوكي ، أما المرضى ذي القلق المنخفض فقد استجابوا بوسائل أخرى مثل : التفاف الأنفاس والتويم المفهطي .

الفصل الخامس:

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال .

- أولاً : اضطرابات النوم .
- ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (العنذية) .
- ثالثاً : التبول اللالئادي .
- رابعاً : التبرز اللالئادي .
- خامساً : الشعور بالغيرة .

الفصل الخامس

المشكلات السلوكية عند الأطفال

طبيعة المشكلات السلوكية عند الأطفال :

يُعاني الآباء والأمهات في الأسرة ، والملتحقون في المدرسة في مختلف الأراضي من مشكلات يُعاني منها الأطفال دون وجود حلولٍ علاجية سليمة لها .

وهذه المشكلات لا يُكونون لها أسباب عضوية واسحة ، وإنما تُعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر والصراع النفسي الداخلي الذي يُعاني منه الطفل وتؤدي إلى اختلالٍ جزئيٍ في شخصيته دون أن تصله عن الواقع ، وتبقي شخصية الطفل الشكل متراقبة ومتكمّلة وقدرة على الاستيعاب في سلوكه إلى حدٍ كبير .

والملاحظ أن جميع الأطفال يُعانون بصفورياتٍ سلوكية واتساعية . وقد أظهرت دراسة النمو في كاليفورنيا (California Growth Study) أن كلاً من الذكور والإناث يُعانون في المتوسط من ٦ - ٥ مشكلات في أي وقت خلال مرحلة ما قبل المدرسة وأثناء المدرسة الابتدائية ، وتنطوي درجة انتشار هذه المشكلات مع التقدم في العمر بالنسبة إلى الأطفال المدرسة .

وهذا يعني أن الأطفال في سن ٦ - ٨ سنوات يُعانون من المشكلات الأكبر سناً والذين هم ما بين ٩ - ١٢ سنة في هذه المشكلات السلوكية . كما دلت الدراسة أيضاً أن الذكور يفوقون الإناث في ظهور هذه المشكلات . وأن النباين في هذه المشكلات بين الأطفال الوجيدين ، والأطفال الذين هم أشقاء هو تباين قليل جداً (شيفر وأخرون ، ١٩٨٩ م) .

وقد أثبتت الدراسات أن الجزء الغالب من الأطفال الذين يُعانون من مشكلات سلوكية قد ظهرت لديهم قبل سن الخامسة سواء بالرواقة أو الانفصال أو

المرض . . . كيأن الشاحنات بين الوالدين وعلاقتهم المستمرة يؤدي بالطفل إلى عدم الاستقرار والأمن . فالأم التي تفشل في زواجهها مثلاً تقرب إلى طفلها بشكلٍ يبالغ فيه ليعرضها عن تعاستها الزوجية ، كيأنها معه ارتباطاً وليدًّا يعمي كل الفعلاتها الكبيرة ، مما يجعل الطفل دائم الارتباط والاتصال بأمه حتى بعد نضجه مما يجعله شخصية عاجزة واعتية وقابلة للإيجاد .

لذلك يجب ألا يقلل الآباء من أهمية المشكلات التي يواجهة إلى أن تواجه وتحل بشكلٍ فعال ، أما إذا أهملت فإنها تؤدي إلى مشكلات أكثر خطورة .

وأثبتت الدراسات أنه بإمكان الآباء مع قليل من التوجيه من قبل الأخصائيين حل العديد من مشكلات أبنائهم السلوكية بنجاح . ومن الطرق الأكثر نجاحاً في مساعدة الأطفال على حل مشكلاتهم السلوكية ما يلي^(*) :

- ١ - إعادة ترتيب برنامج الطفل .
- ٢ - تعزيز السلوك المزغب .
- ٣ - طمأنة الطفل وتقديم الدعم له .
- ٤ - تجاهل سوء التصرف وعدم الاتباد له إطلاقاً .

وسرفٌ ستار على بعض المشكلات السلوكية التي من وجهة نظرنا مهمة بالنسبة إلى الآباء والمعلمين حيث ستار كل مشكلة وأسبابها وأساليب الوقاية والعلاج التي يمكن اتباعها .

أولاً : اضطرابات النوم : Sleep Disturbances

طبيعة اضطرابات النوم :

يعتبر النوم ذات قيمة حيوية في حياة الإنسان ، لأنه يعتبر صمام الأمان للصحة الجسمية والصحة النفسية في آنٍ معاً . وتردد نعمة النوم بشكلٍ أكبر في مرحلة الطفولة ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها ، وإنما لتحقيق التوازن النفسي للطفل أيضاً . واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة

(*) شهير وأخرون : مشكلات الأطفال والراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نسمة داود وآخرون ، الجامعية الأردنية ، عمان ، ١٩٨٩ .

الظاهرة خاصة في عمر المتنين ، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وخمس سنوات . وهذه الاختيارات تغير عن ردة فعل طبيعية ، وتغير عن علم الشعور بالأمن . وان اختيارات النوم المزيفة والمتعلقة في شدتها شائعة الظهور ، إلا أن اختيارات النوم الخادعة أو المستمرة تغير أول الدلائل على وجود الاختيارات الفسيولوجي لدى الأطفال . والفرق بين اختيارات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

الأعراض :

تحصى أصحاب اختيارات النوم عند الطفل جملة من الأعراض والتي تكون على شكل أرق ، ونحوه ليلي ، وكوايس مزعجة ، وكلام في أثناء النوم ... إلخ ، وأهم هذه الأعراض ما يلي :

أ- الأرق *Insomnia* :

الارق هو عدم القدرة في الحصول على النوم الكافي ، يحصل في صورة البدأ في النوم ، أو عدم الراحة في أثناء النوم ، أو صعوبة الاستمرار فيه . كما يمكن أن يكون بالاستيقاظ البكر في الصباح .

فالكثير من الأطفال يصابون بالأرق العرلي الذي يكون بدوره مزعجاً للطفل والدنه . فإذا تم التأكيد من عدم وجود مرض عضوي مثل الاختيارات المعدية أو شحق في التنفس ، أو لارتفاع في درجة الحرارة ... فإن الأرق يكون عرضاً نفسياً ، يظهر على شكل إجهاد خلال النهار ، وسرعة الاستسارة واندلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار . يصاحب اختيارات الأرق شكاوى غير محددة من بينها اختيارات الوجдан والذاكرة والتركيز .

ب- النحوال الليلي أو « السير في أثناء النوم » *Somnambulism* :

وهو من الأعراض الشائعة بين الأطفال ، حيث يحدث عادةً بعد 1 - 3 ساعات من استقرار الطفل في النوم حيث يكون هناك التماقين واضح في مستوى الوعي والاستجابة للمحيط عند الطفل .

وقد تكون هذه الأعراض عادةً إذا كانت عرقية عابرة ، كما أنها تغير عن صرائع لا شعوري في حياة الطفل إذا تكررت عدة مرات .

وقد بيّنت الدراسات أنّ حوال ١٥ - ١٠٪ من الناس يظهر لديهم الشيء أثاء النوم في وقت ما من حياتهم قبل سن المراهقة ، ويظهر تناقص في مرات حدوث الشيء أثاء النوم عند من توجّد عندهم هذه الحالة مع التقدم في العمر .

ج - الكابوس والقزع الليلي : *Nightmare and Night terrors*

الكابوس يظهر في كل الأعمار ، ويكون ظهوره واضحًا في الطفولة ، حيث يستيقظ الطفل باكيًّا ويذكر ما شاهده في نومه ، ويرويه لأهله ، ويستجيب لهذهة الوالدين ويعود للنوم سريًّا .

أما القزع الليلي فيتجلى على شكل صراخ من قبل الطفل عند استيقاظه ، ويصدر على وجهه علامات الرعب والخوف ، ويستمر في يكاه بالرغم من هذهة الوالدين له وقطبه ، ويصاحب ذلك شحوب في اللون وتصبب في العرق ، وقد يتكرر القزع عدة مرات في الليلة الواحدة .

وقد يتطور القزع عند الطفل ليكون على شكل توبات صرعبة . وتحدث توبات الخضم القزع خلال قرارات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، ولكنها قد تحدث في أي وقت ليلًا وتزداد قرب نهاية النوم (حودة ، ١٩٩٠) .

ويتشرّق القزع عند الأطفال الذين ينتمس أهلاً لهم في المخدرات ولا يعودون إلى البيت إلا في ساعات متأخرة . والأطفال الذين لديهم حالة القزع الليلي يكتونون عصبي المزاج ، تشطّطون جسديًّا ، يذهبون إلى النوم وهم مرهقون ، ونظهر الرعب خلال الساعات الأولى من النوم . وهذا القزع الليلي هو أكثر حدوثًا عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة منه بين الأطفال الكبار والراشدين .

د - الحديث في أثاء النوم : *Sleep Talking*

يتجلى الحديث في أثاء النوم على شكل تحدّث ببعض الكلمات ، أو العقلي بعض المقاطع الواضحة ، وهذا الحديث يدل على افتخار ونشاطات من الوجه السابق ، كما يدل على انشغال عام يمكّن القلق مثل الرسوب في أحد الواسع المدرسية . وكثيرًا ما يظهر الحديث في أثاء النوم وفي أثاء المرض الذي ترافقه حمى ، أو ارتفاع درجة الحرارة . وإذا أردنا التعرّف على ما يزعج الطفل يمكن

الاصنافه إلى حدیه في أثناء النوم والتحدث معه بشكل مناسب في اليوم التالي .

هـ - مقاومة النهاب إلى التوأم : Resistance to going to sleep

يقاوم الأطفال أحياناً اللعب إلى النوم ، ويزداد هذه المقاومة نتيجة اهتمام الوالدين بالرائد والقائق هذه المخالفة . وقد تكون مقاومة الطفل للنوم نتيجة القلق أو الإلزام الزائد ، في حين يشعر آخرون بالرهبة إلى حد بعيد عندما يمكثون وبحدهم وهم بحاجة ماسة إلى النومين الذي يحصلون عليه من والديهم .

الآباء :

تعدد الأسباب الكامنة وراء اضطرابات النوم فقد تكون الأسباب :

١- نفسية: مثل الخوف من الظلام ، والاضطراب الانفعالي ، والتوتر ، وعدم الاستقرار ، وعدم الشعور بالأمن ، والتخيّف ، والقلق ، والصراعات الداخلية ، وانقطاع النوم بالأحلام أو الكوابيس .

٤- الأسباب العضوية: الإجهاد الجسدي والمعصي ، والإفراط في الأكل ، والإكثار الزائد ، والنتيجة الصدرية وما تبغيه من الم ..

٤- أسباب أخرى مثل : المياغات الوالدين المخاطلة عن مدة النوم عند الطفل ،
وإيجار الطفل على النوم ، وسائل المعاشرة السيئة للطفل ...

والنوم بالنسبة إلى الطفل الصغير أثبه بالانفصال عن الوالدين ، ويرتبط العديد من اضطرابات النوم بقليل الانفصال ، حيث يختلف الطفل من أن يصل مكرر لابوته أثناة نوعه . أما الأطفال ما بين 4 - 6 سنوات ف تكون خارفهم محددة مثل أن يقدم التصرّف ، يلتجأ إلى الملاهي ، أو أن يثبت حرقته في بيته ... الخ .

طرق الوقاية والعلاج :

تتعدد طرق الوقاية والعلاج في حالات اضطرابات النوم عند الأطفال.

١- فالطفل الذي يُعاني من الارق لا بد من اتباع ما يلي لتخليصه من هذه الحالة :

- لا يد من وضع جدول زمني ل يوم العطل و من الشاكل من التزام الطفل بذلك . وهذا يعني أن يذهب إلى القراءات ويستيقظ في المساء للحدد نفسه ولا يذهب من

استخدام ساعة منه . ومن المفضل غمغب النوم ثهاراً بالنسبة إلى الأطفال الكبار .

• أن يسبق النوم تنشيطات هادئة تبعث على الاسترخاء ، مثل القراءة ، كما أن حماماً ساخناً قبل النوم يساعد على الاسترخاء ، أو تُستخدم أشرطة كانت تبعث على الاسترخاء .

• الأكل باعتدال : للذا لا بد من غمغب الوجبات القليلة في وقت متاخر ليلًا . كما يمكن غمغب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل : الكالوريون مدة ٥ - ٧ ساعات قبل النوم مثل : الكافيين ، والشاي ، والكافاكاو . . . وما يساعد على النوم تناول وجبة خفيفة خاصة إذا كانت غنية بـ *L-Tryptophan* ، إذ أن لـ *L-Tryptophan* تدفع إلى النوم .

• تشجيع الطفل على ممارسة التمارين الرياضية خلال النهار . إن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق المفادي .

• يجب أن تكون غرفة النوم مناسبة : أي أن تكون معتدلة الحرارة وبعيدة عن الضوضاء لأن الصوت للبصوت من الشارع أو من صوت المجل أو التلفزيون يؤدي إلى اضطرابات في النوم .

• لا بد من استخدام السرير فقط للنوم ، وليس لمشاهدة التلفاز أو ل القراءة .

• ينصح الطفل الذي يُعاني من الأرق بعدم النجود إلى الفراش إلا وقت النوم ، وإنما لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن يهبس من الفراش ويمارس بعض الألعاب .

• تغيير مكان النوم خاصة إذا كان للكائن الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق .

ب - أما بشأن الطفل الذي يتجول في أثناء النوم فيمكن اتباع ما يلي :

- لا بد من أن يُنادي الطفل الذي يهبني ليلًا إلى سريره .
- إعطاء الطفل الذي يتعجل الإيماء بشكل كبير ، إيماءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ بمجرد ملائسة قدميه للأرض في أثناء الليل .
- يمطر من ربط أجراس في باب غرفة الطفل الذي يتجول ليلًا .

- في حالة المرضي المخدى في أثناء النوم « مرة إلى أربع مرات أسبوعياً ولفترات طويلة » يمكن استخدام دواء إيمبرامين (Imipramine) ١٠ - ٥٠ ملغم وقت النوم .

ج - في حالة الفزع الليلي والكلابوس :

- فمن طرق الوقاية في هذه الحالة ينصح أن تكون الساعة التي تسبق النوم هادئة ، ويتم تجنب مشاهدة التلفزيون والشخصين الكثيرة ، والألعاب الحادة . كما أن الابتعاد عن الأصوات العالية والصاخبة يكون ضرورياً أثناء النوم .
- كما أن الدعم الوالدى للطفل وطمأنه حين تعرضه للكلابوس أو الفزع الليلي ضرورى ، حيث يحمل ويطمئن . ومن الضروري البقاء مع الطفل حتى تنتهي النوبة مما يؤدى إلى نوم هادئ فيما بعد .
- كما أن استخدام العقاقير مفيد أيضاً لوقف حدوث نوبات الفزع الليلي مثل : دواء Diazepam و Imipramine .
- كما أن إزالة الزوائد الأنفية في حالة وجودها ضروري لإبعاد الطفل من حالة الفزع الليلي والكلابوس .
- ولا بد من السباح للطفل بالتبين عن انتفائه من خلال اللعب ، ليتحرر من خارقه وفتقه ، وذلك من خلال لذالية سرحة أو لذالية النعى والتغلب على الآثاء الخفية بالتفوق عليها .

ثانياً : المشكلات المتعلقة بالطعام (التغذية) Problems Eating

مفهوم المشكلة وظاهرها :

إن عادات الأكل كثيرةها من العادات تحتاج إلى تدريب صحيح في الوقت المناسب ، وهي من أول العادات التي تتطلب الاتباع والرعاية من قبل الوالدين . ذلك أن الكثير من العادات النسبية التي يكتسبها الفرد في طفولته وثيقة الصلة بعاداته في الراعلة وخاصة في عادات الأكل والنوم والإخراج ، ويمكن أن تكون أولى الصعوبات التي تواجه الأم صعوبة مزدوجة هي : تقديم الغذاء الملائم للطفل حيث الولادة ، وتكوين عاداتٍ حسنة لتناول هذا الغذاء في الوقت المناسب .

هذا لا بد للوالدين أن يعيروا أهمية كبيرة ، وفهمياً دقيقةً في كيفية التعامل مع الطفل في أثناء وجبات الطعام اليومية ، فإذا لا يمكن شيان الصحة النفسية والبدنية للطفل إذا كان هناك شلود في تناول الطعام ، ورددود الفعلية من قبل الوالدين سواء بالكلام أو بالفعل ، أو إسراف في رعاية الطفل .

فكثيراً ما تجلب الفعاليات الآباء وعاتبهم أثناء الطفل ، ويبحث عنده شعوراً بالفقرة ، توحى له أن ساعة تناول الطعام فرصة مناسبة لاجتذاب الآباء إليه والاهتمام بهم ، وهذا ما يغيب عن الأم تماماً . فبسلوكه هنا يجهل الأم تجليس لطعامه مثلاً أو تقص عليه بعض الشخص ، أو تغمره وترشوه ليأكل ، أو تهدده وأحياناً ما تندفع عيناهما حنقاً وغهباً . وهذا ما يبعث عند الطفل الرضا والراحة دون أن يكون عارضاً بالعوامل التي تدفعه إلى سلوكه هذا .

وهذه الظروف التي تتعلق بإطعام الطفل وما تغيره من مشاكل تكون أحياناً عامة ولا تخلو منها طبقة اجتماعية ، ولكنها أكثر ظهوراً عند أبناء للترفون الآرين باد ، خاصة عند من يكون أمر تربية أبنائهم موكلًا إلى المربيات .

ونود التأكيد أنه من الصعب وضع معايير دقيقة لذناء الطفل ، إذا أنه ليس من الضروري أن يكون لكل الأطفال من عمر واحد وزن واحد ، ولن ينجم أي ضرر إذا أخذتنا في نسبه « معايير الطعام » أو إذا رفض الأطفال أحياناً وجبة أو اثنين من وجبات الطعام .

وأكثر المشكلات المتعلقة بعذلية الطفل ثيورياً ما يلي :

آ- ضعف الشهية للطعام :

من الطبيعي أن يثير ضعف شهية الطفل للطعام ازعاج الوالدين وتلقيها ويعذر على جانب كبير من اهتمامها ، وعند بحث هذه المشكلة لا بد من معرفة فيها إذا كان ضعف الشهية للطعام ذاتياً أم مؤقتاً .

فإذا كان ذاتياً فإن ذلك يعزى إلى عوامل مزمنة ، أما إذا كان مؤقتاً فذلك يعود إلى عوامل طارئة . كما يجب معرفة فيها إذا كان فقدان الشهية للطعام نجاشياً لم تدريجها ، إذ أن فقدان الشهية الشعالي للشهيبي غالباً ما يكون مصحوباً بأعراض مثل ارتفاع درجة الحرارة أو التعرز أو الخسب أو المزمن . . . الخ .

كما يجب معرفة فيما إذا كان شف الشهية عاماً يتغول جميع للأكلات ، أم خاصاً يتغول البعض دون الآخر . وكذلك معرفة فيما إذا كان شف الشهية للطعام يظهر في جميع المنسابات أو في مناسبات معينة كالأكل للفرد ، أو الأكل على مائدة غير متعددة الأصناف وما إلى ذلك .

يظهر شف الشهية للطعام على شكل تألف ، أو البطء في تناول الطعام أو انعدام الرغبة فيه .

الأسباب :

هناك أسباب عديدة تكمن وراء شف الشهية للطعام منها :

أ- أسباب عضوية :

هناك صلة وثيقة بين الشاط العقدي العام ، وتناول الطعام والذاتية لأخذ . فالصلة وثيقة بين الحياة الجسمية والحياة النفسية للطفل . كما أن إصابة الطفل بمتلازمة القم والأسنان والجهاز الهضمي يمكن أن تسبب تغور الطفل من الطعام أو تشغف شهيته له . وهناك فوق هذا بعض الحالات الجسمية العامة التي تصاحب حالة فقدان أو شف الشهية للطعام ، فصاحب الجسم العريض الرفيع يكون قليل الشهية للطعام ، يختلف صاحب الجسم الراسع التخون .

وقد وجد أحد الباحثين أن ٨٢٪ من الأطفال قليلي الشهية للطعام من النوع الرفيع العريض . ولقد قرر هذه الأسباب تنتهي على أية حال فحصها جيداً ، وتحديد الدور الذي تلعبه .

ب- أسباب نفسية :

تتأثر القناة الهضمية للمرء تأثيراً شديداً وبماشراً بالانفعالات ، وقد أثبتت البحوث النفسولوجية أن جهاز المضم لا يقوم بتأديه عمله لزيادة بشكل ناقص في أثناء الانفعالات الشديدة . فالعصارة الهضمية يقل إفرازها أو يقف ، كما تتعطل العمليات الالزامية للهضم في أثناء الانفعالات . وقد وجد أن الكثير من الأمراض المعدية والمعوية تكون نفسية للثأ . أي ناتجة عن حياة انفعالية مضطربة ، مثل أمراض القرحة المعدية ، والتهاب القولون . كما أن الطفل يفقد شهيته للطعام في أثناء ثورات الغضب ، والحزن . لذا لا بد للوالدين من تأجيل

وجة طعام الطفل إذا كان في حالة انفعالية شديدة حتى جداً .

كل ذلك فقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها عند الطفل أحياناً حيلة شعرية أو لا شعرية لعقاب الوالدين ، أو لعقاب الذات .

فإذا أتى الطفل فقد يعاقب نفسه بالإللاع عن الطعام . كما أنه إذا عوقب من والديه يقلع أيضاً عن الطعام عقاباً لوالديه ولنفسه في الوقت نفسه .

وقد يكون فقدان الشهية للطعام أو ضعفها وسيلة جذب انتباه الآخرين له «والدين » فهذا الصيف للشهية يثير حوله اهتماماً عاصماً من والديه لا يحصل عليه عادة دون هذا الإجراء . كما أنه وسيلة للسيطرة عليها .

ج- أسباب اجتماعية :

تأخذ عملية إطعام الطفل طابعاً متذمراً عند بعض الأمر في العقبات والمعوقات ، حيث يرافق إطعام الطفل أحياناً بصفاتي وهميل ، ومرة فمسن خلطة ، ورشوة الطفل باللعبة ومنحة بعض الجوازات لإقراهه على الأكل مما يؤدي في النتيجة إلى إعراض الطفل عن الطعام وتنزره وتقويه منه .

ويتتجة اهتمام الأسرة البالغ في في إطعام الطفل تزداد المشكلة تعقيداً خاصة عندما تصبح مشكلة مزمنة وأكثر حدة بسبب الصراع والتوتر الناجم عن ذلك . فجور الأسرة للتوتر لا يساعد على الأكل بشكل مناسب ، كما تصبح رغبة الطفل في إحياء الرغبة يأتي شكل هو الجل الوحيد عند الطفل . وقد يكون الآباء الذين يبتلون بذوقها بالنسبة إلى الطفل هم السبب المباشر لسلوك أبنائهم . فإذا كان الآب يصرخ بما يحب وما لا يحب من الطعام وكذلك تقوم الأم بالأسلوب نفسه فإن ذلك ينعكس على الطفل ، حيث يظهر في أكله شكلاً من الناقف والمقاسلة ويكون هذا قاتلاً يأكله على التقليد . كما أن الفوار الأفتاد إلى التعليم المناسب بشأن عادات الطعام وعدم التعزيز في حالة الأكل المناسب من الأسباب التي تسبب الإعراض عن الطعام .

٤- «القبي» :

يُعتبر «القبي» من أكثر الأعراض شيوعاً عند الطفل نظراً لحساسته الجسمية والنفسية ، إذ يحدث ذلك مع أي ارتفاع في درجة الحرارة ، والتزلات المغوية ،

والخطبات للخطابة . ثالثاً لا بد لنا من التأكيد من اختفاء هذه الاعراض قبل البحث عن الاسباب النفسية التي تسبب المرض . وأن ثقب يشكل دليلاً عن اسباب التوتر الانفعالي لديه ، والتأكد منها إذا كان المرض عارضاً أو متكرراً، وفيما إذا كان مرتبطة بمناسبة معاية لم عاداً .

الأسباب :

بالإضافة إلى الأسباب العضوية والتي ذكرت مقدماً ، يمكن إيجاد أهم أسباب المرض عند الطفل بما يلي :

- ١- التهديد والعقاب : إن الأم بعد أن استنفذت جهودها في إغذية الطفل بالطعام ، تلجأ إلى هذا الأسلوب وترغم الطفل على الطعام ، وقد تتحقق أحياناً في ذلك ولكن في هذه الحالة تكون العملية الضرورة لوجهة المصلحة بالجسم قد أصابها الإضطراب ، والذي ينبع عن شدة الموقف الانفعالي الذي أحاط بالطفل ، مما يؤدي بالطفل إلى تناول الطعام قليلاً لا إرادياً .
- ٢- وقد يكون المرض جائياً في حالة يصطدم بها الطفل لاجتناب الرعاية من أبوه بالغ في الشقة عليه وشرف في ذلك . كما يكون حالة دفاعية للتعبير عن احتجاجه وتغوره وتقوزه من بعض التفروط الأسرية .
- ٣- شحاعة الطفل ، وعدم حصوله على المثان الكافي من والديه ، وكذلك تزاده المستمر مع إخوته والتي تكون نتيجة الغلبة على أمره .
- ٤- الكبت والحرمان والإجحاط لنحواع الطفل دربياته ، وحرمان الوالدين على حجزه بال منزل وعدم احتماله بالأطفال الآخرين .
- ٥- وأحياناً يحدث المرض عند بعض الأطفال مرافق المرض ، إذ أن مشاعدهم أو سراغهم لغيرهم يقينون ، سرعان ما يبتذلون بالطعام من أقرانهم . وفي هذه الحالة يحدث المرض كتقليل للأخرين . لذا لا بد من التنبه بالالتزام بالعزلة في أثناء المرض من قبل الأم أو غيرها من الكبار .

٣- الشراءة :

تُعتبر الشراءة في تناول الطعام من المشكلات التي ينذر أن يشكرون منها الإنسان، وهذه المشكلة تبدو بصور مختلفة . فقد يأكل الطفل أكثر مما يحصل دون

أن يحسن مرضه . والشراعة تكون عامة ، وقد تكون خاصة تظهر في مناسبات معينة دون غيرها . في بعض الناس ينظر إلى الطعام كنوع من المروءة والتي يعرف فيها ورثة ورثة .

الأسباب :

١ - الأسباب الجسمية : فقد تكون الشراعة ناتجة عن إصابة الطفل بالديدان المعدية التي تسبب له الحاجة المستمرة إلى تناول الطعام . كما قد تكون الشراعة ناتجة عن اضطراب في الغدد عند الطفل مما يشعره بالحاجة المستمرة إلى تناول الطعام .

٢ - وقد تكون الشراعة مصدراً للشعور بالرضا النفسي : لأن أكل كمية كبيرة من الطعام يمهد الشعور بالغمران ، و يؤدي إلى شعور بالسلوى والعزاء من خلال الطعام . ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن الشراعة هي تجربة مرحلة الثالثة المترتبة بالفهم ، والتي غالباً ما ترجع في أصلها إلى مشكلات مرتبطة بعملية الرضاعة .

٣ - كما قد تكون الشراعة وسيلة دفاع وحماية للذات من الأشياء التي يدركها الطفل على أنها مصدر خطر . لذا فإن فقدان الشعور بالأمن والتي يظهر في حالات فقدان حب الآخرين ، والشعور بالاكتئاب يشعر الطفل بالحاجة الملحة إلى تسلية النفس عن طريق الأكل والشراعة فيه .

٤ - ومن أسباب الشراعة الإفراط المتعلم في الطعام : فالكثير من الأطفال يكتفون من الطعام لإرضاء آبائهم ، لأن الآباء يعتقدون أن الأطفال البدينين أكثر صحة وأوفر سعادة ، كما أن التعزيز الإيجابي للأبناء بالإكثار من الطعام يؤدي إلى تناول هذه المادة مثلاً : « كل أكثر » أو الاتساع والندب . كما أن تعلم الشراعة يكون يقليل الوالدين البدينين اللذين يقتضيان ثورانجاً لأبنائهما .

الوقاية والعلاج :

١ - لا بد من العلاج الطبي للأمراض المزوجة عند الطفل والتي قد تكون سبباً في ضعف الشهية للطعام مثل أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمي .

٢ - عدم إكراه الطفل على تناول الطعام ، وتجنب الوجبات الطفيفة حتى لا تُسبب الملل للأطفال ، ومن الضروري رفع الوجه بعد نصف ساعة بشكله ودلي مع القول : « أعتقد أنك لست جائعاً اليوم » . كي يتجنب تجنب إعارة الاهتمام لفترة الأكل عند الطفل ، إذ أن ذلك يعزز مشكلات الطفل المتعلقة بضيق الشهية وزيادتها .

٣ - تجنب المذايير الكبيرة من الطعام ، إذ من المفضل إعطاء كميات قليلة من الطعام للطفل ، مثلاً : نصف كوب حليب ، أو قطعة صغيرة من الموز ، إذ أن ذلك يؤدي بالطفل إلى طلب المزيد دون الشهية .

٤ - تجنب تناول مأكولات خفيفة بين الوجبات من قبل الطفل . فالمأكولات الخفيفة تقلل الشعور بالشهية . وفي هذه الحالة يمكن وضع الطعام في خزانة عن يد الأطفال إليها . ومن الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة .

٥ - ومن الضروري أيضاً تجنب المصراعات ، والهفادات ، والإيجابيات في أثناء وجبات الطعام . فليس من الضروري أن تختلط على الطفل حول أهمية الأكل وتقول : « أرجو أن تحب هذا مثلاً » ، وليكن لديك توقع هادئ بأن الأطفال سوف يأكلون ما يقدم لهم . كي يتجنب تجنب الإثارة الاتجاهية في أثناء الطعام وأمام الأطفال .

٦ - وللأناقة في تقديم الطعام فضل كبير في تفع شهية الطفل ، فقد يتجنب انتفاء الطفل أن يكون له مائدة صغيرة ، وأطباق خاصة ، وأن يرثون له بالجلوس بجانبك لمه . ومن المفضل أن يعرف الطفل أنه إذا تعلم كيف يأكل يهدوه ويشكل لائق ، يسمح له بالجلوس مع الكبار إلى المائدة .

٧ - لا بد من تقديم الطعام في أوقات جذابة للطفل وسارة وهادئة . ومن الضروري أن تكون وجبات الطعام مناسبة لاجتماع الأسرة في جو سار ومحب ، مما يشكل خبرة إيجابية دائمة لعملية الأكل عند الطفل .

فالأكل يعني أن يكون متنه وليس معركة يكره الأطفال على الأكل خلافاً . لذا فإن الجاه الرادفين الذي يتصف بالاسترخاء وعدم الضغط ، بعد عنصراً أساساً ، إذ أن تقديم الطعام بشكل عرضي وبدون الحرج يبعث

على الاسترخاء ويدعى إلى عادات أكل جيدة ويعن تطور المشكلات ، فالتحقيق والتأييب والتقديم لعادات الطفل في أثناء الطعام يعني تحبيه بشكله تمام .

٨ - ومن الفيروسي إشراك الأطفال في انتقاء الطعام ، وإعداده في سن مبكرة ، وأن يستمر خلال فترة المراهقة . لهذا لا بد من إشراك الطفل في شراء المواد الأولية للطعام ، وأن يشارك بشكل أولي بالأخذ رأيه في الطريقة التي يفضل طبخها . كما أنه بالنسبة إلى الطفل الصعب لإرضاعه صنع شفاف عائلة من الطعام ليصبح أكثر جاذبية إلى الطفل (طازة ، قلم ، ...) كما يمكن تقديم عصروات نية مع الوجبة ، وأن تقدم الأطعمة غير الرغوية بخلطها مع أطعمة مرغوبة .

وبالنسبة إلى الأطفال الذين لا يرغبون في تناول وجبة الإلطار يمكن جعل هذه الوجبة مقرية قم .

ثالثاً : التبول اللاإرادي : *Enuresis*

مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهره :

يقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لا إرادياً في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق . أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهاز البول .

وهذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم قدرته على التحكم فيها حتى ينبع إلى الحمam وارتفاع المثانة إرادياً . ويرى بيلر (١٩٧٥) أن التبول اللاإرادي « حالة من التفريح اللاإرادي للمثانة ليلةً عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف يمتد لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر هذه أسباب عضوية واسحة » .

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيوع عند الأطفال الذين يعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية ، كما تظهر عند غيرهم من لا يعانون من هذه المشاكل . وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل وقد يكون في النهار وقد يكون في الليل والنهار . وقد يكون التبول اللاإرادي متصلًا بـي منذ الولادة ، وقد يكون

متقطعاً ، فقد يحقق الطفل تجاهلاً لمدة ثلاثة أشهر في انتفاضة عن التبول اللازامي ، إلا أنه يعود إلى التبول اللازامي مرة أخرى . وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠٪ منهم) من نوع التبولون لا زادوا بشكل متصل . . كيما أظهرت الدراسات أن حوالي ٢٥٪ من يتبولون لا زادياً في الليل ينهر عندهم هذه المشكلة في النهار .

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لا زادياً متৎص تدريجياً مع تقدمهم في العمر . وتشير البيانات إلى أن كل واحد من كل أربع حالات ما بين الرابعة والخامسة من العمر ، وأن ١٢٪ من الأطفال ما بين السادسة والثانية من العمر ، وأن ٥٪ من الأطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة ، و ٢٪ من صغار الراشدين يعانون حالات التبول اللازامي بين الحين والأخر في فراشهم . كيما يبيت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين يتعلموا ضبط التبول ليلياً إلى ٧٥٪ ، وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي ، وببقى حوالي ١٠٪ منهم يعانون من المشكلة ، ومتৎص هذه النسبة سنتين .

ويوري كوك (١٩٨٣) أن التبول اللازامي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر ، وأن هذه العادة تقل تدريجياً مع التقدم في العمر ، وتشير أيضاً إلى أن حوالي ٨٩٪ من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة ، وتستمر عند البعض الآخر .

ويعاني من هذه المشكلة حوالي ١٣ - ٢٥٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي . وأظهرت الدراسات (عكاشة ، ١٩٧٦ م) أن هذه المشكلة تضرر بين الذكور أكثر منها عند الإناث . وبيت دراسة كاوفمان (Kauffman ١٩٨١) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث . وبالذير بالذكر أن حالات التبول اللازامي لا تغير مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات) . أما إذا استمرت بعد هذه السن فلأنها تغير حالة مرضية .

وأظهرت الدراسات Kauffman (١٩٨١) ، و Schaefer (١٩٧٩) أن تبليل الطفل لفراشه بعد الخامسة من العمر مرأة قليلة ليس مشكلة (لأن

المرض لم يتمكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتولون في ملابسهم أحياناً ، لعدم معرفتهم بمكان الخفاف أو المخوف أو المخجل من استثناء المدرسة أو لانشقاقهم بالقلب . كما قد يتبول البعض لازداجياً لولا نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبة النوم . وتشير الدراسات (Schaefer 1974 م) ، و (Berg 1979) أن حوال ٧٥٪ من الحالات (التبول اللاإرادي) تعلق من تبول ليلي ، ٢٠٪ من تبول ليلي ونهارياً و ٥٪ من تبول نهارياً فقط .

أسباب التبول اللاإرادي :

عُرفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور ، واهتم الإنسان بدراساتها منذ حوالي ٣٠٠٠ سنة . وكان الليل الغالب أثناك أن سبب هذه المشكلة ، حلوى لرواح شريرة بآجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالغريب وكيفهم بالخذيد والنار لإرغام هذه الأرواح على الخروج من أجسامهم . وأشارت الدراسات الأثئرولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوب إفريقيا تعتقد حق الان أن تبول الأطفال لازداجياً سببه وجود دم فاسد «Bad Blood» في أجسامهم ، ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدر لفم دم هذا الدم .

وفي القرن التاسع عشر ساد الاتجاه الذي يرى أن سبب التبول اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكلويين ويعالجواها بالأدوية والمقايير الطبية .

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واته النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية . وتحتاج الدراسات حل تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي :

١ - أسباب عضوية وراثية :

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خلل في الجهاز البولي ، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تسمى «أني» التي تصيب الجهاز البولي ، مثل التهاب بولي ، أو وجود حصوة في إحدى الكلويين أو المثانة أو الحالب ، أو نتيجة الإصابة بغيرها من أمراض مثل التهاب

الستين ، ومرض السكري ، والإمساك وسوء المضم .

وأكملت الدراسات أن الأطفال الذين يُعانون من تبول اللازاري مُعَذَّل يكون لديهم عدم نفخ كايب ليكانيكية السيطرة على المثانة .

وتزداد التقديرات لوجود أسباب عضوية خلف المشكلة ، مثل : التهاب المثانة البولية ، واضطرابات بنية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فرعة المثانة ، ما بين ١ - ١٠ % . وكثيراً ما يرتبط التبول اللازاري بوجود البول الحمضي المركز ، ويدان في الشرج

وتشير بعض الدراسات **Frany** إلى أن مشكلة التبول اللازاري مشكلة وراثية يدلل أن آباء الأطفال التبولين لا زادياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢ % آباء ، و ٢٠ % أمهات . ويلد **Katter** ذلك فوجد أن ٥٢ % من أسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كان يُعاني من التبول اللازاري في صدره أو لا يزال يُعاني منه (عودة ، وأخرون ، ١٩٨٤) . ويرى أسان **Easan** (١٩٧٧) أن ما يقارب ثلاثة أخمص حالات التبول اللازاري موجودة بين آباء الأطفال التبولين لا زادياً منها بين آباء الأطفال غير التبولين لا زادياً عتمنا كاثرهم أطفالاً .

ولكن القول بوراثة التبول اللازاري قول ضعيف علمياً حق الآن . إذ لا يوجد دليل علمي يدل أن التبول اللازاري ينتقل عن طريق الوراثات ولا عن طريق بروتومية مرضية . لكن الإحتمال الأكبر قيولاً في وراثة التبول اللازاري هو وراثة الأطفال الذين يُعانون من هذه المشكلة ، لخصائص فسيولوجية (استعدادية) تؤدي إلى تأثير نفخ المثانة وضفت المفحة القابضة .

ب - أسباب الفعالية - تفاصيل :

في معظم الحالات يعود التبول اللازاري إلى عوامل نفسية ، الفعالية ، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الآم عندها على الطفل الجديد وبهذا للطفل السابق ، فيكون القلق عند هذا الطفل ويعنون أن يتألم ثانية أو فراغه . ويرى **فرويد** في تفسيره للتبول اللازاري على أنه عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تهول الوالدين عنه إلى العناية بباقي الأسرة ، ويعتقد أنه مهدد بفقدان حريتها له ، مما يزيد إلى ظهور هذه

الشكلة لديه بحسب انتباعها إليه ، فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبليغ الفراش ليحصل على مزيد من الاهتمام ورعاية الوالدين (Books 1973 م ، عن عودة 1982 م) .

كما يرى كولب Kolb (1968) وكوران وبارنز وستوري Curran, PBH- Ridge & Story (1972) ، وكذلك Kauffman (1981) أن التبول اللازراحي هو عذوان رمزي . فالطفل المدعوي قبل إلى التبول اللازراحي .

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقصبة البينة عليه ولا يهدى ما يترسخ فيها ، ويغتب عنها ، يعتقد عليها ويختبرها ويقول عليها .

كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلاً عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه .

كما أن المخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو من التهديد ، أو لساع قصبة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللازراحي . بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدى من الطفل تؤدي إلى هذه الحالة .

ويرى كولب Kolb (1968) أن ممارسة العقاب على الطفل يؤدي إلى ظهور هذه الحالة لديه ، حيث يقوم الطفل هنا بسلوك انتقامي من الآخرين يمارسون العذاب وينفثون عن غضبهم .

وتشير الدراسات أيضاً Kauffman (1981) إلى أن التبول اللازراحي عرض لاضطراب في شخصية الطفل ، وتأتيه ذلك أن الطفل الذي يبلل فراشه يعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها : محس الأصابع ، وفضم الأظافر ، وأحلام اليقظة ، والشروع الذهني ، والانزعاج ، والثانية ، والخوف ، والانكالية . كما وجد يغري Beverly ، أن الأباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء . وفي دراسة أخرى (جوداره ، 1977) وجد أن معظم هؤلاء الأطفال متغرون على أنفسهم ، ويسليرون ، وينفثون من اللعاب النشط ، ولا يزدرون في عمل بجدية ، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية .

ويرى البعض ارتباط التبول اللاازلادي بمستوى الذكاء . إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بذلاً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء (الريهان ، ١٩٨١) .

ج- أسباب اجتماعية :

تعتبر الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسية المسؤولة عن مشكلة التبول اللاازلادي عند الطفل . فكثيراً عند الأطفال في الأسرة والتي ينحدر عنها نفس في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكل مبكر ينكس العوامل النفسية والجسمانية والتي تسبب التبول اللاازلادي .

لذا فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالثانة سلوك متعلم والتأثير في اكتسابه يعود إلى اخطاء في التدريب عليه . فالعقل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إنما يكون والداته قد أهلاً في تدريبه أو عليه بطريقة خاصة (Kauffman 1981 م) عن (عودة وأخرين ، 1984 م) .

ـ كيأن القسوة في المعاملة ، وحرمان الطفل من حنان الوالدين ، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمكن جرمه يؤدي إلى التبول اللاازلادي .

ـ كيأن التدليل الزائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين ، إذ أن ذلك يؤدي إلى غروره متزوراً على الأبعد دون العطاء ، اكتساباً في كل شيء ولا يستطيع أن يحمل صراعاته ينفس مما يؤدي به إلى التكوس والازناد والثبيت .

ـ كيأن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأبناء ، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد يعني عندهم الشعور بالخنق والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهربين للتبول اللاازلادي كحملة دفاعية خل صراعاتهم أو لإثارة الاتهام عليهم .

ـ وينظر الوالدان عندما يبدوا لان الطفل يقصو حين تبليه فرائنه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة ، ويطيل استمرارها . كي ينظر « الوالدان أيضاً عندما يحيطان بهذه العملية بسرية تامة ، كأن هذه المشكلة من المحبوب الخجولة مما يشعر الطفل بالخجل والсты والقلق ويعتقد المشكلة أكثر .

– كيأن للخلافات الأسرية دوراً كبيراً في تأثير نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثانة لديهم . فنهديد الآباء للأم بالطلاق ، ونهديد الأم للأب بترك البيت على أساس الطلاق ، يؤدي إلى زعزعة ثقته بنفسه ويتوجه المفرمان في كل حين ، مما يجعله يحس بعدم الأمان والأمان مع الأسرة ، ويشعر بالقلق والصراع ، مما يؤدي به إلى التكوس والتشتت في عملية ضبط المثانة ، وظهور التبول اللازامي عنه .

علاج التبول اللازامي :

أولاً – العلاج الطبي :

وبعد التأكيد من سلامة الطفل جسدياً ثملاج مشكلته على أنها حالة تبول لا زامي وظيفي ، وذلك باستخدام العلاج النفسي . ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول اللازامي ما يلي :

أ- العلاج بالاستهصار :

يقوم هنا النوع من العلاج على أساس تعمير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بضراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهتها الإيجابية .

علاج التبول اللازامي :

لا بد من علاج الطفل الذي يعاني من التبول اللازامي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية . ومن الشائع أن يكون تهاب الطفل مع العلاج الطبي سبباً إذا كان سبب التبول اللازامي عضوياً ، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية ، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً . ويدرك كوران وآخرون.Curran, et.al (1972) أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعلق من نوع عميق ، كما يمكن استخدام الأدوية المقية للجهاز السمعي-اللذكي والتي تخفف من النعيم العميق مثل «البلاهونا» و«اللايلاتون» وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول . كما يمكن استخدام العلاجات المضادة للأكتاب مثل «التوفاريل Tofranil والتربيزول » ، بكميات تراوحت بين ٢٥ - ٨٥ ملغم يومياً وتكون هذه العلاجات مضادة للأعصاب الباراسيميثانية ، وتقوي الأعصاب السمعية وتقلل من القلق والأكتاب الذي يعاني منها الطفل ، وتساعد على تشكيل الفعل التعكس الشرطي وهو البقةة عند احتلاء المثانة بالبول . وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لهذا لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامة الفعل التعكس الشرطي الجديد (عكاشة ، ١٩٧٦) .

والخطاوف بأساليب مباشرة .

كما يعمل المعالج على تربية طفله بشيء وتحسين علاقته به، وبالآخرين ، على تربية دوافعه لاتكاب السلوك المقبول في عمليات الإخراج ، وفرض النقاوة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة ، وذلك لفهمه استمرار إيقاعه على العلاج .

ولا يكفي المعالج بتصدير الطفل بحاته ، بل ي العمل على توجيه عناية الوالدين والمحظيين بالطفل من أخيه وعذرينه ، وتصديرهم بالشكلة ، واسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة وبالقبول ، ويدرك مكانته وكفاءاته مما يختلف عنه مثابر الفلان والذنب .

ب - العلاج السلوكي :

يُعد هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاارادي . ويتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تربية الصبيح على عمليات الإخراج . وينتفي هذا النوع من العلاج إلى إعطاء تربية الطفل صاحب المشكلة ، وتربية بطريقة صحيحة . وقد ثبت تنجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال ، بجهد قليل و وقت قصير ، ودون أن يكون له آثار جانبية سلبية . وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاارادي ما على :

١ - التعلم الإجرائي :

وهذه الطريقة ترتبط باسم « سكر » في التعلم الإجرائي منذ عام ١٩٥٠ ، والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاارادي . كما سميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي ، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات قياس المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة ، وتحفيز المشكلة . ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما على :

أ - لوحه التبروم Star Chart :

ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة وبالتالي

الجافة . . . ويتم إبراز الليل الطلق على اللوحة برسامة تجرب ذهبية ، وأن يُعطى الطفل مكافأة على الليل الطلق كأن يتفق الوالد معه قرعة إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن ، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل . أما بالنسبة إلى الليل المُلْلَة فيتجاهل الآباء ذلك .

وقد وجد أن لوحة التجربة فعالة مع صغار التبويهن لا يزيدوا عن . وفيما يلي تمويج هذه اللوحة في الشكل رقم (١) :

اسم الطفل :			
الليلي الطيفية			
		•	السبت
		•	الأحد
		-	الاثنين
		•	الثلاثاء
		-	الأربعاء
		•	الخميس
		-	الجمعة

شكل رقم (١) : لوحة التجربة .

ب - الاحتفاظ بالبول : Relain Urine :

لقد دلت الدراسات على أن عددًا من التبويهن لا يزيدوا عن قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة . لذا فإن تدريب الطفل على احتفال كميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب ، ويكون ذلك إما بتعليم الطفل التحكم بذلكه بغير بتحريك الأمر إلى لعنة شديدة ، حيث يستمر الطفل في إطالة قرعة تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها ، أو أن يطلب من الطفل التوقف عن إزالة البول في أثناء عملية التبول ومن ثم يطلبه « Stop and Start » في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة ويساعد على الشفاء .

٢- التعلم الشرطي :

أ- طريقة الجرس والوسادة :

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينيات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور (Mowrer & Mowrer) بعلاج حالات التبول اللالرائي بطريقة الجرس والوسادة . وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات ، فيعد استخدام هذا الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينفع حوالي ٧٠٪ من الحالات . أما الحالات الأخرى فإن معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى ينفي في العادة الانكماش .

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب توضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة ، بحيث عندما ينبلج ليلاً يطلق دارة كهربائية ، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح مما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام .

وعندما يتعلم الطفل خبيط الكثرة بهذه الطريقة ترفع الوسادة والجرس . وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعون ستة ترين تنجاحها في علاج ٩٠٪ من حالات التبول اللالرائي غير الناجم عن أسباب عضوية . وفيما يلي في الشكل رقم (٢) نموذج لهذا الجهاز :

يتم العطيل على وسادة أو وسادات تصل بجهاز الإنذار يعطي صوتاً عالياً للطفل (طنان) . وعندما ينحو الطفل على الوسادة ، فإن التبول يناديه يخلق الدارة الكهربائية ليصدر جهاز الإنذار أصواتاً . التكمل رقم (٤)



الشكل رقم (٤) : جهاز الإنذار مثبت على السرير .

بـ - طريقة إيقاظ الطفل ليلاً :

كما استخدم التعليم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً (Night time Awakening) ، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي ينبلج فيه الطفل عادة فرائشه كل ليلة ثم ضبط ساعة متبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض ، ومن ثم يعاود النوم حتى الصبح . وبعد مرور سبع ليالٍ متالية يدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المتبه ليطلق بعد مرور ساعة ونصف من شهابه إلى النوم ثم بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم ، ثم تخفض إلى ٤٥ دقيقة ، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة . ويعدها على الطفل أن يعود الذهاب إلى المرحاض يدون المتبه كل ليلتين مرة حتى يكتم استخدامه تدريجياً .

٤- خفض الفتق :

قد يكون التبول اللازامي ظهر فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد

امضى قترة من الوقت دون أن يتبرأ في فرائه . وهنا لا بد من البحث عن الحادث الذي أثار قلقه قبل استئصال هذه الحالة مثل : ولادة مولود جديد في الأسرة ، أو الانتقال إلى منطقة جديدة ، أو حدوث شجار عالي ، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة . وهنا لا بد من العمل على عرضن الفحص يتوجه مزيد من العناية والرعاية والدعم والفهم للطفل ، وتوفير جو من الامن والطمأنينة في حياة الطفل حتى تزول آسماه الفلك .

ولا يأس من الجلوس مدة ١٠ - ١٥ دليقة والحديث مع الطفل حتى يبعث على الاطمئنان والارتياح ، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء . ومن الممكن أيضاً قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات مختلفة ، ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوabات الصراع والتوتر اللذين يُعاني منها الطفل والعمل على حلها أيضاً .

٤ - فرض عقاب على الطفل :

يتقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن الدراسة والتي لم يحصل من التبرأ اللاإرادى لبلا أن يقوم بتغير الشرائح البلا ، ووضعها في النسالة دون توجيه الطفل لثانية واشعله بالذنب .

٥ - استبعاد السؤال :

لا بد من استبعاد السؤال مثل : الدين والمهنة والجنس وعمر الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساء ، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة .

رابعاً : التبرأ اللاإرادى *Selling* :

يُعرف التبرأ اللاإرادى على أنه تبرأ الطفل في ملابسه بشكل مستمر بعد أن يكون قد تجاوز الثالثة من عمره . ويكتثر ظهور هذه الظاهرة ما بين عمر ٣ إلى ٨ سنوات ، وبالرغم من أن التبرأ اللاإرادى أقل انتشاراً من التبرأ اللاإرادى ، إلا أنه ليس نادر المحدثات إذ يتشير بين أطفال من الثانوية بنسبة ٢، ٣٪ للذكر و٧٪ للإناث . وهذه النسبة تعادل تقريباً لثلث معدل انتشار التبرأ اللاإرادى تقريباً . وينتشر حديث التبرأ اللاإرادى بشكل تلقائي بمعدل ٢٨٪ سنوياً

وينضي تماماً في سن السادسة عشرة .

لذا فإن التبرز يصير حالة التبرز اللاإرادي على الذي البعيد عمن ، بالرغم من أن الحالة قد تستغرق لمدة ستين أو ثلاث قيل أن تنتهي . ومن خلال المعالجة يمكن أن تحسن الحالات خلال بضعة أسابيع وتحضي بعد شهرين إلى ثلاثة أشهر .

والبرز اللاإرادي تأثر بين المراهقين وصفار الراشدين باستثناء الأشخاص الذين ينبعون من المخلوقين عقلياً مختلفاً شيئاً .

ويزيد معظم الأطفال المصابين بهذه العادة بعد عودتهم من المدرسة إلى البيت في فترة ما بعد الظهر وخاصة خلال فترات التوتر أو الإثارة . والبرز اللاإرادي غالباً ما يكون نتيجة إخراج الأطفال للبراز بشكل متعمد ، يملكون في معظم الأحيان نتيجة الاحتفاظ بالبراز لمدة طويلة مما يسبب انتلاء الأمعاء والتقطيعها ويحمل الإخراج غير متظم ، وتكون كمية البراز كبيرة وجافة ويكون خروجها مؤلماً .

وشكل عام فإن الأطفال الذين يهربون لا إرادياً لا يعون حاجتهم الطبيعية إلى الإخراج بسبب الإمساك الشديد ، كما أن الكثير من الآباء لا يعرفون أن أطفالهم يعانون من الإمساك ، وقد يعطي الكثير من هؤلاء الأطفال علاجات ضد الإسهال بسبب تربب المواد المخاطية والبراز نتيجة انتلاء الأمعاء .

والبرز المستمر *Continuous* يعني أن الطفل لم ينجح أبداً في السيطرة على حركة أمعائه لأي فترة زمنية . أما التبرز المقطوع *Discontinuous* : مما يعني أن الطفل كان قادراً على التحكم إلا أنه فقد هذه القدرة فيما بعد وعاد إلى التبرز . فالتأثير الناجح عن مصدر خارجي مثل بدء اللعب إلى المدرسة يمكن أن يسبب تكراراً في قدرة الطفل على السيطرة على حركة أمعائه . وللبرز اللاإرادي آثار خطيرة على أولئك الذين يعانون منه ، فال الطفل الذي يهرب لا إرادياً غالباً ما يبتلي مفهوم الذات لديه بشكل متزايد ، وقد يدافع ضد فدائه احترام الذات وينهي الحياة « أنا لا يحيى » *I do not care attitude* . كما أن العلاقات الاجتماعية للطفل التبرز لا إرادياً غالباً ما تتأثر بشكل سلبي ، فقد يصبح الطفل عرضة لسخرية رفاته . وإذا عدنا إلى مرحلة الطفولة المبكرة فإن الطفل عندما يلعب إلى

المرحاض ينبع لديه شعور وكأنه يريد أن يتخل عن شيء خاص به ، وأن تفريح الأمعاء يخذل صفة الملكية بالإضافة إلى المجهود الذي يبذله حتى يقوم بذلك .

لذا فإن هذه المشكلة لا يمكن تجاهلها ولا بد من البحث عن الأسباب الكامنة وراءها ، ومن ثم تلمس سبل علاجها .

الأسباب :

١ - قد يكون للتلوث الشديد والاضطراب الاتعمالي عند الطفل أثر في عدم قدره السيطرة على حركة أمعائه . ومن الشائع اعتبار التربت القاتي على خطيب الإخراج هو السبب . وقد يكون التبرز اللازرياني تعبيراً عن دعواياً من قبل الطفل تجاهه أنه .

٢ - وقد وجدت دراسات بيلمان (Bellman ١٩٦٦) أن عندما كبروا من آباء الأطفال التبرز لا زرداً كانوا هم أنفسهم متبرزون لا زرداً مما يؤكد ولو جزئياً وجود عامل وراثي وراء ذلك .

٣ - وهناك أسباب عضوية ناجمة عن الإمساك بسبب انتفاخ الأمعاء بالغاز بشكل مزمن خاصة بعد زوال الأسباب النفسية ، حيث تستمر الحالة العضوية عند الطفل لأن القولون السقلي يكون قد أصبح عاطلاً عن العمل حيث يكون قد فقد شكله وقوام عضله ولم يجد يستجيب لوجود الباز داخلاً فيحيث الجسم على التفوط .

وأكيدت الدراسات أن حوالي ربع الأطفال المصابين بهذه الحالة لديهم مشكلة إمساك مزمن . كما أن إصابة المراكيز الخاصة بالحبل الشوكي أو المخ تؤدي إلى التبرز اللازرياني .

الوقاية والعلاج :

أ - لا بد من مساعدة الأطفال الذين يتجاهلون الرغبة في التبرز « Call to stool » على اعتقاد اللعب إلى المرحاض في لوقات منتظمة خلال النهار ، وتحتقر فترة ما بعد الإفطار مباشرة وفناً مناسباً . وبهذا لا بد من إيقاظ الطفل مبكراً قليلاً صباحاً ليتاح له وقت كافٍ للاستعداد للذهاب إلى المدرسة . وعمل الآباء في الإصرار على اتباع روتين معين يلتقطي ذهاب الطفل إلى المرحاض

مرتين يومياً بمعدل عشر دقائق في كل مرة أو أن يكون ذلك في أوقات مختلفة يمكن ضبطها باستخدام ساعة منه .

وقد أثبتت الدراسات أنه من الصعب تدريب الطفل الصغير على ضبط مركز التبرز قبل سن الستين . فالطفل قبل هذه السن لا يكون قادراً على التمييز عن احتجاجاته بشكل واضح ، كما أن تفعج عضلات جهاز الإخراج لا تكفي من السيطرة على عملية الإخراج قبل هذه السن .

ب- كي أنه من الضروري تقديم الطعام في أوقات منتظمة ، وأن تكون هذه الأوقات أسرعاء بعيدة عن التوتر والشجار .

ج- ومن أجل حياة الطفل من الإمساك ، فإن نظام التغذية العادي والذي يضم أطعمة مختلفة من المجموعات الغذائية الأربع الأساسية (لحوم ، أسماك ، بيس ، خبز ، وحليب ومنتجات الألبان ، وخدار وفواكه) ، وأخذ كمية من السعرات المناسب مع ما يبذله الطفل من طاقة يكون مناسباً . ولا بد من إنفاق ما يأكله الطفل من الخير والمعجنات إلى حد الأدنى . وأن التصر كمية الحليب في غذاء الطفل على كوب واحد يومياً وذلك لما للحليب من تأثير قايس . فقد وُجد أن أربعة من كل خمسة أطفال متربين لا يأكلون يعانون من الإمساك . لذا لا بد من تنظيف الأمعاء من البراز المتخزن بحيث يستخدم الإحسان بالخاتمة الطبيعية إلى التبرز . كما يمكن إعطاء الطفل حنة شرجية لو اثنين من نوع « Fleet » وهي متوفرة في الصيدليات من أجل تفريغ القولون تماماً من البراز . كما يمكن أيضاً إعطائه بعض العقاقير المقوية للعضلات العاصرة في الشرج .

د- كما ينصح بالإكثار من السوائل ، وتجنب التدريب القاسي على ضبط عملية التبرز ، وتجنب الاتهام الذي يغير البراز شيئاً بغير الاستئذان .

هـ- وليهدى في هذه الحالة التغذير والجزاء « Rewards and Penalties » وخاصة مع الأطفال الصغار ، حيث يتم الاحتفال بلوحة نجوم تسجل عليها كل محاولة كاملة للخروج إلى المرحاض (وتحصل نجمة إضافية لكل مرة يتبع فيها الطفل بالشووط ، ولكل مرة لا يمهدت فيها تبرز لا إرادية) ، ثم تبديل النجوم بامتدادات خاصة لو مكافآت مادية مثل : قضاء الطفل نصف ساعة إضافية مع أحد الوالدين بحيث يقوم بتنظيم إيقاده الطفل ، كما يفرض

على الطفل جزء في كل مرة يحدث فيها تبizer لازاري مثل أن يقوم بقتل الملابس التي تبizer فيها أو أن يستحم . ولكن يجب على الأم أن تتجنب التسوة الزائدة أو الذين المفرط في توعيد الطفل حيث عملية الإسراع ، حيث أن التسوة الزائدة تؤدي سنتلاً إلى اضطرابات سلوكيه (فرق ، سلوك قهري . . .) ، كما أن الذين المفرط يؤدي إلى الشتت عند مرحلة الشتلة بالعمليات الإخراجية .

و- الدعم والتثبيج : لا بد من تعريف الطفل أن مشكلته ليست فريدة ، وألا يقوم الوالدان بثوم الطفل أو لوم أنفسهم على المشكلة ، بل لا بد أن يتعاونوا مع الطفل لاصلاح الخطأ ، وأن يتم التركيز على التدبيح الآهري للطفل عند قيامه بالإسراع المناسب ، وألا يقوم الوالدان بتوبيخ الطفل والصرخ عليه أو السخرية منه أو تغطية .

كما يجب الاهتمام بأن لا يوضع الطفل في دور « الصغير » في الأسرة ، حيث يصبح السلوك التكهنوي مثل التبizer اللازاري متوفقاً . ولا بد للأبدين من تحديد المصدر الأسلي الذي يسبب للطفل التوتر ، وأن يعملا على تحضيره مثل الشجار العائلي أو تناقض الأشقاء .

خامساً : الشعور بالغيرة Jealousy

مفهوم الغيرة وظواهرها :

تُعتبر الغيرة من المشكلات السلوكيه الشائعة عند الأطفال ، تظهر على شكل انفعال يُعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بيته وبين والديه ، والتي تظهر في سلوكه على شكل فعل يعبر عن شعوره الملزم الداخلي .

فالغيرة إذاً هي عبارة عن انفعال ينشأ من الإيجاب ، ومن المطلق الناجح عن شعور الطفل بتناقض اهتمام وعية الوالدين نتيجة ولادة مولودة جديدة للأسرة ، أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على ربطاته ، أو الشعور بالشخص يسبب الإعاقات أو الفشل . فالغيرة هنا مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الانكليزي عند الطفل .

والغيرة عند الطفل تعني إصراره على التمسك بما كان قد تعرف عليه واعتبره

ملكاً له ، وهذا ينافي من فقدان هذا الشيء ما يولده لديه الشعور بالتهديد والصراع .

فالغيرة إذاً الفعل مركب يجمع بين حب التسلط والشعور بالخوف والغضب والخذل ، والشعور بالنقص . فقد تظهر هذه الغيرة على شكل عداون على الآخ أو الاحتلاص ، أو على شكل عداون على الذات ، أو عداون على ممتلكات الأسرة أو ممتلكاته الخاصة .

من جهة أخرى يصاحب الشعور بالغيرة التكوص إلى مرحلة سلبية (كاليول ، معن الأصابع ...) ، أو الشعور بالخجل أو شدة الحساسية ، أو الشعور بالعجز والنقص ، أو فقدان الشهية للطعام ، أو الانسحاب من الناس عامة .

وهذا قد يلجم الوالدان إلى القسوة في التعامل مع الطفل الذي يشر بالغيرة ، وقد يسخران منه أو يعرضنه للنقد ، أو يهقرنه ، أو يلجمان إلى العقاب البدني لترك هذه العادة . وإذا استمر الطفل في هذه الحالة ، ولم يجد ما يرضيه من ذلك ، فقد يلجمأ إلى أساليب تكيفية غير سوية . فقد تظهر عنده بعض الاضطرابات السيكوسومانية كالأضطرابات للعدية ، وحالات الفي العصبي ، والعزوف عن الطعام ، والاكتئاب مما يتجم عن ذلك أضطرار كبيرة بالصحة النفسية والصحة الجسمية لدى الطفل وتؤدي إلى شعوره بالعجز والنقص ، ويفقد ثقته بمن حوله وبنفسه ، ويشعر بأن الآخرين يتآمرون ضده مما يسيء لعلاقته بالآخرين . ولكن يجب التأكيد بأن الغيرة ليست في كل مظاهرها دليلاً على الخطير ، فهي ضمن حدود معينة حالة طبيعية ، تعب عن الشعور بفقدان واقعي أو متخيل لشيء يهدد أمن الطفل ، وازول الغيرة بزوال هذا الشعور . لذا إذا كانت الغيرة شديدة ومتطرفة فإنها تؤدي في توازن الطفل حاضراً ومستقبلأ . فالطفل النبور لا يشعر بالسعادة أبداً ، ولا يستقر على حال ، فهو يشعر بالحزن ، والألم ، والكره ، والخذل تجاه الآخرين عندما يصيغ لهم الخير .

والغيرة كحالة فعالية تكاد تكون عامة بين جميع الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة (الست سنوات الأولى من عمر الطفل) ، حيث تظهر في مرحلة الرضاعة ، وذلك عندما يداعب آباء الطفل شيئاً آخر غريباً ، وينظرون نحوه

بعض مشاعر المحن والإهتمام وقومان بحمله ، حيث تظهر الغيرة لدى الرضيع على شكل شد الطفل الآخر بشعره أو ضربه أو بكائه . ولكن قمة الشعور بالغيرة تظهر عند العقل فهيا بين ٣ - ٤ سنوات حيث أن هذا السن يتواءم مع مرحلة شعور العقل بالمركز حول الذات .

لما عتنما يلعن الطفل من العاشرة من العمر فيعبر عن غيره بالروشالية ولنقاوم الآخرين ، إذ كلما زاد عمر الطفل كلما تعلم كيف يختفي مظاهر الغيرة ويستدعاها بظاهر أخرى تعبّر نفساً عن الذيرة .

ويرى عوض (١٩٨٣) أنّ الغيرة يمكن أن يعبر عنها من خلال المظاهر التالية :

- الغضب : حيث يظهر على شكل شتائم وخصابات وتدمير وتخريب وعصيان نتيجة الشعور بالإحباط .
- ميل إلى الصمت : ويبلي على شكل انتقام ومحاجل وسلبية ، وفقدان الشهية الطعام والتكرر لراح حل طفالية مبكرة وغيرها من مشاعر التقصّ .
- مظاهر جسمية : وتنظهر على شكل صداع ، والشعور بالتعب ، والتذبذب وكل ذلك من أجل جذب انتباه الآخرين .
- مظاهر نفسية : كالحزن واليأس ، والبكاء المتكرر ، والتبول اللازلي ، ومن الأصوات ، وقضم الأظافر ، والعودة إلى لغة الأطفال الصغار محاولةً من لkses عطف الآخرين .
- الميل إلى التحايل وذلك لحصول الطفل على ما فقده ، مثل تقبيل المزود الجديد للاحتفاظ به مكره عند أمه .

وينت الندّاسات (انظر العيسوي ، ١٩٩٠) أن نسبة الشعور بالغيرة عند الإناث أكثر منها عند الذكور ، وكذلك عند الإناث أكثر منها عند قليلي الذكاء .

كما وجد أيضاً أنّ الغيرة تظهر أكثر عند الأطفال عتنما لا يوجد بهم فارق كبير في السن ، وكذلك فإن العقل الكبير أكثر غيرة من غيره من الأطفال الذين ولدوا بعده ، حيث كان الطفل الأكبر عطّل انتقام الآخرين في الأسرة . كما أنّ الطفل الوحيد الذي يحمل مركزاً هاماً في الأسرة قد يظهر لديه الشعور بالغيرة أكثر

من الأطفال الآخرين عندما تتلاقي الاميليات التي كان يمتلكها لمرحلة ولادة طفل آخر مؤخراً ، خاصة عندما يفوت الآباء مقارنة الطفل الأصغر بالأخير وإظهاره محاسن أو الإعذان عليه بالذميا وإهانة الطفل الأكبر .

والمجدير ذكره أنه لا بد من التمييز بين الشعور بالغيرة ، والمنافسة ، والحسد . فالمنافسة سلوك إيجابي يدفع إلى التفوق وبنال الجهد لتحقيق مزيد من النجاح . أما الحسد فهو يكون على شكل لمني زوال الحب من الشخص الآخر نتيجة امتلاكه لشيء ما وعدم امتلاكه هو لهذا الشيء . أما الغيرة فهي شعور الطفل بحقه في حملاة شيء معين ، والخوف والقلق من فقدان هذا الحق وأن يمتلكه طفل آخر .

أسباب الغيرة :

تتعدد أسباب الغيرة وتختلف وفقاً لراحت النمو التي يمر بها الطفل ، ويمكن اعتبار الكبار مسؤولين عن وجود الغيرة عند الطفل ، وذلك من خلال العديد من الممارسات الخاطئة التي يقومون بها يقصد أو يبدون نقصد . وأهم هذه الأسباب ما يلي :

ـ ميلاد طفل جديد للأسرة : مما يجعل الوالدين يهملان انتباها من الطفل الأول إلى الطفل الثاني . وهذا ما يجعل الطفل الأول يشعر بالغيرة من المولود الجديد الذي سلب الطفل الأكبر الكثير من الامتيازات ، وسلبه اهتمام ورعاية الوالدين ووجهها له مما يجعله يشعر بالتهديد ، وعدم الثقة بهن حوله وقد يلجأ إلى الاعتداء على من كان السبب (المولود الجديد) .

ـ وقد يشعر الطفل بالغيرة من أحد والديه كما هو في حالة عقدة أوجيب وعقدة إيكرا . فقد تظهر الأم مثلاً عنانية زائدة بالأب ، أو قد يشاهد ما يدور بينها من علاقات عاطفية وجنسية مما يجعله يشعر بالقلق على نفسه وعلى فقدان حب أمه ورعايتها له .

ـ التمييز في المعاملة : فقد يشعر الطفل بالغيرة نتيجة لشعوره بأنَّ الوالدين يهملان أحد أخوه عليه وذلك بسبب ذكائه أو جماله أو غير ذلك من المميزات وهم لا ينتبهما ليراز هذه الفروق أمام الآخرين من الأصدقاء والجيران وغيرهم ، وإشعار الأطفال بأنَّ ذلك مهم ، مما يؤدي إلى شعور الطفل بالغيرة والخذلان

والكراءة وتحجج الفرصة للاتقام من الطفل الميّز ، ومن الوالدين في آن واحد . أور قد يلتجأ إلى كبت مشاعر الغيرة في نفسه مما يسبب له مشكلات نسبة أكبر تعقيداً . كما أنّ تغيير الوالدين للذكور عن الإناث مثلاً يولد لدى الذكور الغرور ، ويشير الغيرة عند الإناث وقد تكون هذه الغيرة قاتلية ون تكون على شكل بكاء وشتم وتوبيخ أو غير ذلك . وقد تكتب الغيرة عند الإناث انتهاج في حياتهن مستقبلاً وتكون على شكل كراهية عامة لكل الرجال ، وعدم الثقة بهم .

من جهة أخرى يختفي « الآباء حين يذلّون بالامتيازات على الطفل العليل كإهضار اللعب ، والخلو ، والللاس وغير ذلك دون إعطاء الآخرين الآخرين مثل ذلك ، مما يجعل هؤلاء يميلون إلى التمارض والتكross ، وكراءة الطفل العليل وغير ذلك من سلوك قد يكون ظاهراً أو مستراً .

ـ سوء معاملة الوالدين للطفل وقصورها عليه : فالقصورة في معاملة الطفل وشعوره بأنه مهمل ومتبرأ ، أو عذابه بالغرب ، أو التوجيه إلى إذلال الطفل من خلال تقييده أو معايرته يؤدي إلى الشعور بالذم والعجز وعدم الثقة على إثبات الذات كفاعمه التي لا يتناول المعاملة نفسها .

ـ الغيرة عند الطفل الوحيد : ينشأ الطفل الوحيد بين أبوين دون أن يكون له أخوة يشارطونه امتيازاته . وهذا الطفل يكون عاطلاً بكل ضروب المتعالية والرعبانية ، ويستحوذ على اهتمام الوالدين ، فهو مركز اهتمام الأسرة ، ويكون في الغالب أثناً متعوداً على الأخذ دون عطاء . فإذا خرج هذا الطفل ليلعب مع رفقاء ، فإنه يصطدم بهم لأنهم لا يسمحون له بأن يأخذ كل شيء دون أن يعطي ، ولا يسمحون له بالاستدعاء دون أن يُعذّب عليه مما يجعله يصطدم بالواقع ويشعر بالذمية ، ويشعر أيضاً بأنّ الناس يعادونه ويتآمرون عليه ، وقد يستمر هذا الشعور حتى في كبره بعد أن يتزوج ويكون أسرة مما يخلق لديه مشكلات مع أولاده وزوجته وحق في مهنته .

والشعور بالذمية التي يشعر بها الطفل الوحيد عند خروجه للمدرسة أو الحياة أقوى وأشدّ من الغيرة التي يشعر بها في إطار أسرته ، حيث تتعذر لديه الامتيازات الخاصة التي كان يستاجر بها في أثناء طفولته من والديه .

التسلل أو التغافل في الدراسة: فالعقل الراسب يخلو من العبر. عن غيره بالصاق التهم بالطلاب الناجحين وإذاعة الشائعات عنهم ليقلل من شأنهم أيام الآخرين.

الشعور بالقصص : إنَّ أشدَّ أنواع الغيرة عند الصغار والكبار هو الشعور بالقصص ، والذي يترافق أحياناً مع عدم القدرة على التغلب عليه . كقصص في الجبال أو تضرُّر في القدرات الجسمية أو الحسية أو العقلية . غالباً الأطفال المعرضون للغيرة يكتونون شعوراً ملائلاً بالغيرة على الآخرين نتيجة الشعور بالقصص .

الوقاية والعلاج من الغيرة :

إن العمل على وقاية العقل من الغيرة واجب على الوالدين بالدرجة الأولى ، وعمل المدرسين والمربين بالعقل بالدرجة الثانية ، حيث أن الشعور بالغيرة أمر خطير يؤثر على شخصية العقل من جميع جوانبها في طفولته ، وتبسبب له سوء التوازن النفسي والاجتماعي عندما يكبر ليها . ونظراً لهذا التأثير البالغ الخطورة فلا بد من العمل على وقاية العقل من هذا الشعور ، وعلاج الغيرة في حالة وجودها . وأهم سبل الوقاية والعلاج ما يلي :

العمل على تهيئة الطفل تقريباً على استقبال وتقبل الطفل الجديد وذلك من خلال مصارحته به أنه سيكون له لاحقاً أو أنت حق لا يصطدم بهذا الحديث بشكل فجائي ، وأن يتحدثاً عن المولود الجديد بالخبر وما يسموه عمل الطفل أيضاً بالخبر نتيجة المولود الجديد ، حيث أن المولود الجديد سوف يلعب معه ويسعده ، وسوف يشتركان في الالعاب والخدابا ، وأن هذا المولود سوف لا يتحدث أي شرر بال طفل ، ولا يترمّم به أي امتيازات .

كما يجب على الوالدين أن يشعروا الطفل بمسؤوليته نحو أخيه الصغير الذي يجب عليه أن يرعاه وتقديم له الألعاب والخلوئ وغير ذلك . ومن المستحسن أن يجعل الوالدان على قضاة وقت كل يوم مع الطفل الأكبر لكي يطمئن على صحة وعودة الوالدين له .

ـ علم التمييز في المعاملة بين الأبناء ، نتيجة للجنس أو للجهل ، أو للذكاء أو غير ذلك من الميزات مما يلحق الفرور بصاحب الامتياز ، والغيرة عند الأطفال الآفل تثيراً مما يوحى إلى الخصب والمدعوان وغير ذلك من ظواهر .

- عدم اللجوء إلى موازنة أو مقارنة الأطفال ببعضهم البعض واعتبار كل طفل شخصية مطلقة لها امتيازاتها واستعداداتها الخاصة . فالموازنة بين الأشخوص ، والموازنة بين التلاميذ يولد لدى الطفل الشعور بالذلة والشعور بالنقص . فالأفضل من ذلك هو موازنة الطفل بنفسه في مواقف مختلفة مع التشجيع مما يثير لديه الدافعية إلى التحسن وكسب الكثير من الامتيازات .

- بالإضافة إلى ذلك فلا بد من الابتعاد عن مواقف الماذفة الشديدة التي تولد الشعور بالذلة وتعزز الطفل على تقبل النقائص وتقبل المزية دون الشعور بالذلة التي تفقده الثقة بالنفس .

- الابتعاد عن إثارة عيوب الطفل وأعطائه أيام الآخرين أو السخرية منه ، بالإضافة إلى الامتناع عن امتناع باقي الأشخوص أو بعضهم لأن ذلك يشعر الطفل بالذلة والخذلان على آخرين المتذمرين ، ويشعرهم بالغرور والمعنفة مما ينعكس سلباً على كلا الطرفين . والأفضل من ذلك إشعار الأطفال جيداً في الأمرة بالمساواة والعدل دون انخاص من حق أحدهم على حساب الآخر .

- اعتدال الآباء في اهتمامهم بمشاكل الذلة في الطفل : وهذا يجب على الامتناع بذلة الطفل والسخرية منه وبصرفاته ، بل لا بد للآباء من إظهار العطف والحنان وإشعار الطفل بأنه لا يزال موضع حب ورعاية من قبل والديه .

من جهة أخرى فلا يجوز البالغة في المواقف نتيجة ظهور الذلة عند الطفل لأن ذلك سيؤدي إلى زيادةها . فالحكمة ذاتها تستوجب الاعتدال .

بالإضافة إلى ذلك يجب على الوالدين الاهتمام بالطفل الذي لا ظهر عنده مشاكل الذلة إطلاقاً ، إذ من المحمّل أن يكتب الطفل مشاكل الذلة ، وينظر في ظهوره بظهور الرضا وعدم الاكتئارات . فالذلة الكبيرة أشد خطراً وتأثيراً في الشخصية من الذلة الصرعية ، حيث أنّ مثل هذه العينة تثير الفتن والتآثر عند الطفل وتسبب سوءاً في تكيفه .

- عدم الإسراف في رعاية العقل الريفي والإغراق عليه بالخدايا والغزو والامتيازات لأن ذلك يثير الذلة عند آخرين ويعملهم بتجاهلون إلى التهارض وجعل أخرى للحصول على مثل هذه الامتيازات .

- تعزز الآباء والذين الأطفال مثل الصفر على التخلص من مشاعر الآثارية والتمرّز حول الذات ، والأخذ والعطاء ، والتعاون والمشاركة ، مما يختلف عنهم الشعور بالتفص ، ويزيد من تفهم بأنفسهم ، ويزيد من تقديرهم للحياة وتقدير الجماعة لهم .
- العمل على تنوع الأنشطة التي يمكن للطفل أن يمارسها ويفضلها ضمن إطار قدراته وإمكاناته مما يشعره بالازدهار والسعادة في ممارستها ويمعن النجاح الذي يولد المزيد من الثقة بالنفس .
- أن يعمل الوالدان على جعل فاصل زمني معقول بين الطفل والطفل الآخر . وهذا الفاصل يجب أن يكون قصيراً حتى لا يشعر الطفل بالغيرة ، وأن الاهتمام ورعاية الوالدين قد توجها إلى الوليد الجديد مما يولد لديه الشعور بالوحدة أو العزلة . كما أن هذا الفاصل الزمني يجب أن يكون طويلاً حتى لا يشعر الطفل بفقد الامتيازات التي تعود لفترة طولها حيازها .
- تربية علاقة الطفل بالأطفال الآخرين ، مما يفرجه من دائرة التمرّز حول الذات ، وتعززه على الأخذ والعطاء في إطار موضوعي قائم على العدل والمساواة دون تحيز .
- تعزز الطفل على المثافة الشرفية العينية عن الحسد ، وتعززه على تقبل التفوق والنجاح ، بالإضافة إلى تقبل الخسارة والفشل ، بحيث يقوم بذلك الجهد المناسب لتحقيق النجاح دون اللجوء إلى المدعوان والغيرة والحسد في حالة الخسارة والفشل .
- تقبل وفهم بعض مشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل عندما تكون في المحدود الطيفي (الكلام مثلاً) والأخذ من المشاعر العدوانية المباشرة على مصدر الغيرة .
- العمل على إثبات الحاجات الأساسية عند الطفل ، وعدم الاتخاذه منها بسبب ولادة طفل جديد ، أو عدم تغييره في بعض الميزات الموجودة عند إخوه .

الفصل السادس :

المشكلات النفسحركية (النفسية - الحركية) عند الأطفال

- أولاً : اضطرابات الكلام .
- ثانياً : مرض الأصابع .
- ثالثاً : قضم الأظافر .
- رابعاً : اللازمات العصبية أو التلائم الالزامي في العضلات .
- خامساً : النشاط الزائد .

الفصل السادس

المشكلات النفس الحرية عند الأطفال

أولاً : اضطرابات الكلام

طبيعة مشكلة اضطراب الكلام :

يُعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يُعبر عن نشاطي اجتماعي يصدر عن الفرد ، والدخل فيه عادة توازنات عصبية دقيقة مرتبطة بمشاركة في ذاتها مركز الكلام في لغة الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت . كذلك تشارك الركاب والجانب الماخز ، إذ تقوم الرئتان بتنمية المروءة وتنظيم النفاسة ، ويرد المروءة على الأوتار الصوتية مر وداخل المخجنة والقلم والتجويف الأنفي تحدث تشكيلاً تختلف عن الأصوات .

وقد يلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام الذي يبدأ أحياناً لدى الطفل في سن مبكرة ، وقد يختفي هذا الاضطراب مع تطور الطفل أحياناً ، ولكن في أحياناً أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من توجهه في العمر ، وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرض يُسمى تخللاً طبياً وليس نفسياً فقط .

ذكرى فهيمي (١٩٧٥) أنَّ الطفل المصاب قد تظهر عليه أعراض لأمراض جسمية ونفسية أخرى مثلاً : ظاهرة تحرير اليدين ، أو اللقدمين ، أو الكفين ، أو الضغط على الأسنان ، أو ركل الأرض أو الضغط عليها .

كما قد يُعاني المصاب باضطراب الكلام عادة من أمراض نفسية مثل الغلق ، والشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس ، والشعور بالخجل ، والشعور بالنقص مما يولد شعوراً بحب العزلة والانزواء وحده ، والخجل والانطواء المصحوب بالتوتر النفسي . ولكن هناك من حالات المصاب باضطراب الكلام التي تتصدَّى تمام التحدى المرضي والنظرية الاجتماعية وتولد لدى الطفل الدافع لبذل مزيد من الجهد ومارسة التحدى حتى يصبح متفوقاً

على زملائه .

وأضطرابات الكلام عديدة منها تأثير العقل في الكلام ، أو صعوبة إخراج مقاطع الكلمات أو بعض المفروض ، أو عدم تطور تحصل العقل من الكلام ، وأحياناً الكلام أو النثأة أو اللجلجة .

وسوف نتحدث عن النثأة لأنها أكثر مشكلات الكلام حدوثاً .

النثأة أو اللجلجة : Stutter or Stammer

وهي عبارة عن اضطرابات كلامية تجل في شكل تقلص الكلام مصحوب بتكرار غير مرغوب ، ووقفات في جمري الكلام ، وتكون إما على شكل تردد Clonic ، أو تشنجي Tonic ، وتحدث في سبات بداية الكلام ، وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ .

وتندل الدراسات أن حوالي ١٠٪ من الناس المصاين بالثأة نصفهم من الأطفال (منصور ، ١٩٨١ م) .

والثأة تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك في أثناء اكتساب العقل للكلام لو في سن الخامسة عند دخوله المدرسة الابتدائية ، حيث تكون هناك مناسبة بينه وبين زملائه ، وأحياناً تحدث في سن المراهقة خاصة عند الحديث مع الجنس الآخر (عكاشة ، ١٩٧٦ م) .

كما تدل الدراسات الحديثة أن بعض أشكال النثأة في الكلام يكون شائعاً بين صغار السن من الأطفال ويدعى « بالثأة التطورية » ، وتقتصر عادة ما بين سن الثانية والرابعة من العمر ، وتستمر إلى بضعة أشهر فقط ، أما الثالثة المعتدلة فجداً في عمر ٦ - ٨ سنوات وقد تستمر لمدة ستين أو ثلاث سنوات .

أما النثأة الدائمة فجداً ما بين سن الثالثة والثانية من العمر ، وتستمر إذا عولجت بأسلوب فعال .

وتحير النثأة التي تظهر بعد سن الخامسة أكثر عطورة من النثأة التي تظهر في سن أبكر .

ومن الواضح أن النثأة تظهر في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من

العمر ، فهناك حوالي ٤٤٪ من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية يتعلمون من الثالثة ، وبعد وصول من المدرسة الابتدائية تجد أن ١٪ - ٣٪ تقريراً من الأطفال يتلذذون ، وهناك إحصائية تشير إلى أن ٧٥٪ من أطفال سن العاشرة الذين يتلذذون يستمرون في تلذذهم مدى الحياة .

كما تشير الإحصاءات إلى أن ٨٠٪ من التلذذين في مرحلة الطفولة لا يتلذذون وهم راشدون ، إلا أن الكثيرون منهم تتطور لديهم مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والانتظار إلى اللقحة بالنفس بسبب خبرتهم السابقة .

كما أشارت تلك الإحصاءات إلى أن ٥٠٪ من الأطفال الذين يتلذذون بشدة يستمرون بالتلذذ الشديد في الكبر .

وتشير الدراسات أيضاً إلى أن نسبة التلذذين من الذكور من جميع الأعمار تبلغ ٤ - ٨٪ أضعاف نسبة التلذذات من الإناث بالرغم من عدم ارتباط ذلك بالذكاء والوضع الاتصادي والاجتماعي (شيفر ، وأخرون ، ١٩٨٩) . وفي تقرير جوتمان (Guttmann) وجد أن ١٠٪ من النساء ينبلجنهن ٩٠٪ رجال يتلذذون ، وأحد الأسباب هو تعرض الرجل للإثارة أكثر من النساء (عبد الرازق ، ١٩٨٧) .

كما دلت الدراسات والبحوث الحديثة على انتشار الثالثة بين للصبيان بفارق نسبية وعقلية بنسبة ٥٠٪ بالذلة وذلك من بين الترددات على عيادات الطب النفسي بالجملة (عكاشة ، ١٩٧٦) .

الأسباب :

لقد تعددت الأسباب المؤدية إلى الثالثة ، فالبعض منها معقد وعلاجه صعب ، في حين أن البعض الآخر ليس كذلك . وسوف أدرج أهم الأسباب التي تؤدي إلى الثالثة عند الطفل كما يلي :

١- الأسباب المرضية :

قد تتعج الثالثة عن استعداد وراثي ، لذا فمن التحتمل أن يصاب الفرد بالثالثة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالثالثة . فقد تبين أن ٦٥٪ بالذلة من أفراد عينة كبيرة من الصبيان بعيوب الكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه

الغريب . كما قد تترجم الثالثة عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ أو تأثير في حصول المعلومات المرئية نتيجة الفحص في السمع ، وقد يتضرر هذا المرض إذا لم يعالج الطفل بشكل مبكر .

وهناك وجهة نظر ترى أنَّ الثالثة تترجم عن الخلل في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في الأعصاب المتحكم في الكلام مثل وجود خلل في العصب المحرك للسان أو تعرض مركز الكلام في الدماغ لتلقي ضربة معين أو وجود ورم دماغي (الخليلي ، ١٩٨٧ م) .

كما تترجم الثالثة عن غريب في جهاز الكلام النشط في الفم والسان والأسنان واللثتين وسطح المخالق العلوية والداخلي وكذلك لوجود خلل في الشفرين ، وهذه الغريب قد تكون خطأة وتحتاج إلى تدخل جراحي .

كما أنَّ إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصةً مؤخرة الرأس ، والتهابات الألف ، وإفرازات اللعنة ، وأضطرابات الدورة الدمعية ، من الأسباب المؤدية إلى الثالثة .

٢- أسباب عضوية ثانية :

تؤثر العوامل النسبية أحياناً في الآلة العصبية لإنتاج الكلام عند الطفل . ومن الشائع في هذه الأسباب وجود اضطرابات في التوقيت التي تنشئ في توقيت حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام بما في ذلك الشفاه والفك .

وهناك خلل في الارتباط الدقيق بين الأصوات والمقاطع ، وتنتج تشوهات الكلمة عن أي خلل في الدقة المتنامية في التوقيت اللازم للحديث الطبيعي عند الطفل .

وهناك نظرية حديثة تقول بوجود منعكس غير ملائم تفتح خلال المخالق الصوتية قبل البدء بالكلام يدلّاً من أن تبقى معاً في حالة ارتجاه . بعض الأطفال يتوقفون عن الكلام فترتخي الأوتار الصوتية ، بينما يتорм آخرون بإغلاق حاليهم الصوتية فلطفل ، مما يجعل النطق صعباً جداً . وترى هذه النظرية أنَّ مظاومة الفرد للإلاعاق المضري للحيال الصوتية هو الذي يؤدي إلى الثالثة (شيفر وأخرون ، ١٩٨٩) .

٣- أسباب نسبية وبيئية :

تُعتبر الثالثة أحد أعراض الفلق والصراع النسي عن العقل و عدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية . وأتها نتاج للتحيرات التي تُحْمِي على صراع ، وعل موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقه إلى رد الفعل .

كما تُعتبر أيضًا نتاجًا للمخاوف والرسائل ، وكذلك للصدمات الانفجارية التي تواجه الطفل وشعوره بالنفس ، وشعوره بالإحباط في مواقف تناقض .

كما أنَّ توقعات الوالدين غير الواقعية تؤدي إلى توترهم وقليلهم وتربيه من الضغط النسبي عليهم . فالآباء والذان يُعْلِمُان طفلها على الكلام قبل أن يكون على درجة كافية من النضج يُسَبِّبُان له التوتر والثانية . كما أنَّ البالغة في إيمان الطفل إلى الكمال يولد لديه الفلق والتوتر أيضًا ، فالاهتمام المبالغ به بكلام الطفل ، وردود الفعل المبالغ فيها تجاه الطفل تسبِّبُ له الثالثة واضطرابًا في الكلام . كما أنَّ تعلم الطفل العادات العطنية ، أو تشجيع الأهل له بالاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح تُلْهِيَّنَّهُ وتُؤدي إلى اضطرابات في الكلام واستمرارها إلى فترة متأخرة . كما أنَّ وصف الأطفال بأنهم يتخلصون في حلولهم يؤدي إلى تناقضهم وتقليل الآخرين لهذا التسمية مما يجعل الثالثة لديهم أكثر تكراراً .

كما أنَّ عادات الأطفال التغلب على الثالثة بشدة أمام الآخرين تؤدي إلى مزيد من التردد في الحركات التي تشبه اللازم .

كما أنَّ التوقعات المبنية القليلة من الطفل وتلية كل احتياجاته خاصمة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اهتمامه على والديه وتصبح غلو الكلام لديه غير ضروري ولا يشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح ، وقد يظهر شعوره بعلم الكفاءة على شكل كلام مضطرب تشويه الثالثة .

كما أنَّ العلاقات الأسرية « بين الآباء » تُعتبر مصدرًا لقلق الطفل الصغير وتؤدي إلى التوتر النفسي عنده ، مما يؤدي إلى الثالثة . فالاطفال الذين يتكلمون بشكل طبيعي سوف يتخلصون إذا كانوا فلقيون جدًا أو متواترين ، ويزداد الحاله سوءًا إذا كان لدى الطفل أصلًا ميل إلى التعلم في الموقف الكثيرة للقلق والتوتر ،

لأن القلق والتوتر يفقدان الطفل القدرة على التحكم في العضلات التي تحكم بالكلام (عازر ، ١٩٨٦ ، ياسين ، ١٩٨١).

كما أن عوف الطفل من أن يبدو بطيئاً أو بليداً ، وعوفة من انتقادات الآخرين يغلق عنده توقعاً بأنه لن يتكلم بشكل جيد ، مما يؤدي إلى التأتأة . زد على ذلك فإن عدم استعداد الطفل من الناحية الاتجاعالية لمواجهة بعض الواقع يؤدي إلى التأتأة تعبيراً عن الخوف والرفض ، كما يظهر ذلك في الأداء المم암 الآخرين ، أو عندما يذهب إلى المدرسة بعد فضاء مدة وهو مندهش .

بالإضافة إلى ذلك فإن إرغام الطفل الأسر على استخدام يده اليمنى يؤدي إلى التأتأة . فمن الرجح أن الطفل في هذه الحالة بالإضافة إلى التوتر والقلق الذي يتباين فيه فإن جزء الدماغ للسيطرة على اليد المفضلة يكون مسؤولاً عن ذلك . فالتأتأة تترجم في هذه الحالة عن التوتر النفسي والتدخل العصبي . وقد تكون بالإضافة إلى ما تقدم ناجمة عن تقليد العقل أو معايشته لأناس آخرين يعانون من التأتأة نتيجة سوء تلقيره للشخص المصاب . والتأتأة قد تكون تعبيراً عن حالة تكوصية عند الطفل للحصول على ما يريد ، كما قد تكون تعبيراً عن رغف الواقع الذي يعيش فيه ، والذي يسوده سوء التوافق سوءاً في الأسرة أو المدرسة .

الوقاية والعلاج :

هناك عدة طرق يمكن للأخصائي النفسي أو المعالج أو الأبوين اتباعها بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأتأة من أحدهما ما يلي :

١ - العلاج العضوي - الطبي :

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضوية قد يتطلب ذلك تدخلًا علاجياً جراحياً عصبياً ، ويمكن استخدام عقار (L . S . D .) في علاج التأتأة عند الفرد . فالشخص المصاب يطلق من أسوار قلبه ، وينكلم بطلقة تحت تأثير العقار مما يعزز تنتهكه بنفسه .

كما أن مراجعة أخصائي أذن وآذن وحنجرة ، وكذلك مراجعة أخصائي أنسان ضرورية لمعرفة وجود عائق عضوي أم لا .

وقد أثبتت الدراسات أن نسبة عالية من الذين يعانون من التأتأة يعانون من

شذوذ في رسم المخ الكهربائي ، ولذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للصرع .

علاوة على ذلك فإنَّ علاج العيوب الجسمية التي تسبِّب عيوب النطق كالتشوه الشفوي ، أو تشوُّه الأسنان ، أو خلل المخال الصوتية ، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بحركة الكلام شيء ضروري وهام للنطلب على هذه العيوب (عريفج ، ١٩٨٧) .

٢ - تعلم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتخللوا باستخدام طرق ملائمة : وهذا يتبعي الأَبْكَرُ ، الأطفال على تعلم الكلام بالقرة الأَلْأَى إذا كانوا يتخللوا وعل استعداد لذلك . ومن المفضل أن يستخدم الرسائلان التشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتعاون بإصطفاء بعض المكافآت . ومن القيد تشجيع الطفل على التباطؤ في أثناء الكلام ، والبدء بكل مقطعين جنده ورفق حتى لا تتعاقب مسارات المخجنة مما يعيق الحديث يسر لدنه .

كما يصح تشجيع الطفل على التنفس باستخدام عضلات النفس العلية وليس عضلات صدورهم ، ولا بد من التدريب بشكل متكرر على هذا الإجراء .

كما أنَّ هناك طرقاً تعتمد على الحديث المتقطع ، وهي من أقدم الوسائل في معالجة التوتر ، حيث بين للأطفال كيف يتكلمون بأسلوب إيقاعي باستخدام الموقت الوسيطي (chronometer) .

وهذا الأسلوب الإيقاعي ، يجعل الطفل يتحدث بشكل يتزايد تدريجياً في مواقف غبية أكثر فأكثر هي من الطرق الفعالة ، وتفيد مع الأطفال الصغار أكثر من الكبار . وهذه الطريقة مفيدة لكل أنواع التعلم عن الحالات الثانية عن اضطرابات في المخجنة .

كما أنَّ العلاج الكلامي بالتأخير والقراءة بصوت عالٍ ، والكلام أمام المرأة مع وجود سجل مفید في النطلب على هذه المشكلة ، حيث تكون المفاجأة في البداية من سرورين أو ثلاثة ، ثم تزداد تدريجياً ويكون ذلك تحت إشراف سينكرونيجي .

٣- تتمة شعور الطفل بالكفاءة وخفض القلق والتوتر والضغط لديه :
إذ تتمة شعور الطفل بالكفاءة التي من حدوث الثالثة وذلك باكتشاف
الفضل الطرق لواجهة الواقع الصعبة .

فالثالثة تُوجَد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين ، وعدم
الكفاءة . ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس
بمهارته اجتماعياً ، وربما كان الوالدين والأقارب مساعدة الطفل بتقديم جو يسوده
الاسترخاء حيث يستطيع الطفل الاستجابة مع الآخرين دون توتر .

لذا لا بد من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع ،
ومن القليل تعلم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع
الطفل ، وذلك عندما لا يشعر الطفل بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التصرف .
فتقرار هذا الأسلوب في جو خال من القلق والتوتر والضغط يؤدي إلى تعلميه
لتدعيمياً من الثالثة .

ومن المهم أيضاً تشجيع الطفل على التعبير عن مشاعره واهتمامه عند وقوع
أحداث مؤذنة ، مع تقديم التعاطف والتقطيع له .
ويبني أيضاً عدم استعمال الطفل بطيء الكلام ، فالصبر والتأجيل
وخفض التوتر جيئها تساعد على ذلك .

ومن اللازم أيضاً عدم تصحيح النطق بجمل الطفل يُعيد كلمة أو جملة مرة
أخرى ، أو الضغط عليه لتحدث ألم الأصدقاء أو الأقارب لأن ذلك يزيد
الشعور بالارتباط ويزيد من الثالثة . ولا بد هنا من خفض التوتر لديه عن طريق
مارسة نشاطات مختلفة .

ولا بد أيضاً في بعض الحالات من خفض توقعات الوالدين من الطفل ، إذ
أن بعض الآباء لديهم توقعات علنية أو غسلية بأنه يجب أن يحسن كلام
الطفل .

لذا لا بد للوالدين من كبت قلقهم ، وتشجيع آباء لهم مما يساعد الطفل
على التخلص من الثالثة . في حين الآباء يتصفون بالكالية وينظرون أن آباء
طفقاهم يتبعون أن يكون أفضل بكثير .

٤- الدعم والشجع والمكافأة :

من الضروري وخطوة أول عدم مكافأة الثالثة دون نعمه وذلك عن طريق الاتباع للغطيل الذي يتلذذ ، فلي شكل من أشكال الاتهام قد يؤدي إلى تقوية الثالثة لدى الطفل .

وقد يتجلى الاتهام بالغطيل على شكل انتقام أو تعاطف أو صرف وقت مع الطفل أو إعطائه امتيازات إضافية .

لذا ومن أجل تخلص الطفل من مشكلة الثالثة لا بد من تجاوز المشكلة تماماً ، وعدم السخرية من الطفل ، واستخدام الأسلوب السلوكي الذي يعتمد على عمليات الاتباع للنعمكبات الشرطية . ثم استخدام نظام من التعزيز بحيث يحصل الطفل على الثالثة عند اقتناعه لفترة قصيرة عن الثالثة ، وإذا تم ترتيب نظام التعزيز بشكل مناسب فإنَّ الطفل سوف يحصل على المكافأة فوراً .

وبينفي أن تكون فترات التدريب قصيرة إلى درجة تكفي لظهور عدم وجود الثالثة في الثالثة على أن يزداد طول هذه الفترات كلما قيل تكرار الثالثة . لذا فإنَّ الطفل يعزر من سلوكه الإيجابي بالتحدث بسهولة ويسر (شيفر وأخرون ، ١٩٨٩) .

ثانياً : مصَّ الأصابع Thumb Sucking

مفهوم ظاهرة مصَّ الأصابع وظاهرتها :

تُعتبر عادة مصَّ الأصابع شائعة عند الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية ، حتى يمكن القول إنها عرف عالمي يبدأ من تسميتها عادات . ولذا يمكن اعتبار مصَّ الأصابع سلوكاً ملائماً في الطفولة المبكرة ، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال ، وهي تتبع سلسلة من التقلبات الحركية المضللة الثالثة للغطيل والتؤدي إلى الإشباع وحدوث الثالثة . فاللمس والعض وسبلاته لإلزام إحساسات عصبية للتبيلة يحسن بها الطفل . ييد أنَّ الأطفال يتغذون فيها بهم تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بذلك العادات والتذكرة على الشخص منها . فقد تكون عند البعض عابرة وتقل مع التقدم في العمر ، في حين أنها تستمر عند

البعض الآخر .

وقد دلت الدراسات أنَّ ٤٠٪ من هم في عمر ستة واحدة و٢٠٪ من هم في عمر خمس سنوات و٥٪ من هم في عمر ١٠ سنوات يتصورون أصواتهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية (شيفر ، وأخرون ١٩٨٩) .

كما لاحظ Klackenberg (١٩٤٩) أنَّ نصف عدد الأطفال الذين درسهم وعندئم (٢٥٩) طفلًا عن كانوا يتصورون أصواتهم كانوا في سن عام واحد .

كما وجد Brazeyleton (١٩٥٦) أنَّ ٩٠٪ من مجموعة الأطفال وعندئم ٧٠٪ طفلًا متقوين في تصورهم كانوا يتصورون أصواتهم خلال العام الأول من عمرهم وعندئم أكملوا عالماً من عمرهم وجد أنَّ أربعة فقط استمرروا في الصوت .

وهكذا فإنَّ معظم الأطفال يتخالصون من هذه العلاقة مع الزمن بشكل طبيعي ، إلا أنَّ عدداً قليلاً منهم يستمر حق من المراقبة أو الرشد .

وأظهرت بحث شيفر ، وأخرين (١٩٨٩) أنَّ الأطفال الذين يتصورون أصواتهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر ، ميولهم متغير حوالي ٥٠٪ عن هذه العادات في عمر خمس سنوات ، و٧٥٪ منهم مستقرة في عمر ٨ سنوات ، و٩٠٪ منهم مستخلص منها في عمر عشر سنوات . هذا ويترافق مع الأصوات الزمن بين الإناث أكثر منه عند الذكور .

فقد تبيّنت Yarrow (١٩٥٤) ٦٦ طفلًا منهم ٢٨ ولدوا ، و٢٨ بتناً لعدة سنوات ، وقد ذكرت أنَّ ثالث الأطفال كانوا يتصورون أصواتهم (٦٢٪) من وقت إلى آخر خلال فترة البحث ، كما وجدت أنَّ عدد البنات اللائي يتصورن أصواتهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأنَّ نصف عدد اللائي يتصورن أصواتهن نازلوا يتصورها حق من الرابعة .

لذا فظاهره مضمون الأصوات تغير عن صورة من صور النمو التي قد تزوره الطفل بالارتباط والاطمئنان ، وهي لا تدل على أنها تخل أعراضًا عصبية في كل الحالات ، وإن كانت مؤشرًا قد تكون له دلالة على سوء التوافق ودلالة على عيوب الآباء في عملية التربية . وإنما استمرت إلى من ما بعد السادسة من العمر فإنها

لقد عمل وجود الاختطاب النفسي لدى الطفل مما يحتم البحث عن الآليات
وسبل العلاج.

الآباء

يعبر الفحص بحد ذاته دليلاً قوياً عند المصادر ، حتى أن بعض الدراسات
اللذة تأكيد أن بعض الأجهزة تغير أصواتها ومعنى في بعدهن لها بها .

ولكن هناك الرضع الذين لا يمدون أصابعهم من أجل اللذة، بل لأنهم يجدون في ذلك متعة وشعوراً بالسعادة والراحة والاسترخاء واللذاب والحركة، ولذلك يقللون على تكرارها باستمرار.

- لكن هناك من الأطفال من تخلّى لديه الرغبة في معرفة أسبابه حتى بعد التعليم ، ويتجأّل إليها كلما وقع في أزمة نفسية أو موقف إيجابي ، أو عندما يوجد مع شخص غريب ، أو عندما يترك وحيداً ، ومن المعرفة قوله إذا ما أحق استجابة الطفل الموجه نحو هذن معون أي عائق ، يسعى الطفل إلى البحث عن فرص أخرى لآداء الاستجابة المشيّعة البديلة ، أو قد يتجأّل إلى معرفة الأصلع . بهذه المعاذه للقليل على عدم الاستمرار في التعلّم ودليل على الانصراف النفسي .

ونظر أصحاب نظرية التحليل النفسي إلى عملية النص على أنها مصدر كبير لرضا الطفل أكثر من كونها مجرد إثبات للمطالب المذاتية ، وقد أحيطت أهمية كبيرة للذاتية في مجال النحو النفسي واعتبر على أنه تكوص إلى المرحلة القيمية خاصة عندما يدخل عنها الطفل ويعود إليها قاتلة عند شعره بعدم الأمان ، أو توقع العقاب الشديد .

ويذكر بعض المحللين التفسير أن الحاجة إلى الامتصاص غريرة تتطلب الإثبات، فإذا لم يجدت الإثبات الكافى من خلال الامتصاص للطعام فإنه يستكمل عن طريق مرض الأصابع، أو مرض الزجاجة الفارقة أو أي شيء يمكن أن يهدى حوله. وقد أجرى David Levy (١٩٣٤) ملاحظة على مجموعة من عجول البقر الرضيعة والتي يررضع بعضها من ثدي الأم في حين أن البعض الآخر يشرب اللبن من إناء، وقد استنتج أن العجول الرضيعة التي تناولت اللبن من الإناء أظهرت عملية امتصاص أكبر من العجول التي رضعت من الثدي، وظهر سلوكها على شكل مرض آذان العجول الأخرى.

كما أجري Levy ، ثانية أخرى على الجراء (كلاب رضيعة) حيث خلّى ثلاثة منها من زجاجات يتدفق منها اللبن ببطء ، وخلّى ثلاثة جراء آخر من زجاجات يتدفق اللبن منها بسرعة ، وقد لاحظ أنّ الجراء الأخيرة قاتلت بالأمتصاص أكثر من الأولى رغم امتصاص كل الحليب من الزجاجات من قبل مجموعة الجراء .

كما لاحظت Kunst (١٩٤٨ م) ظاهرة امتصاص الإيمام والأصابع على (١٤٣) رضيعا في أحد ملاجئ الأباء ، فوجدت أنّ هذا الامتصاص يزداد كلما طالت الفترة التي تلي تغذية الطفل سواء أكان نائما أم مستيقظا .
وهناك تجربة قام بها سيرز ووايز (١٩٥٠ م) لإثبات صحة نظرية التحليل التفصي ، إذ درسا (٨٠ طفل) عاديّا تتراوح أعمارهم بين ٢،٣ سنة و ٧،١٠ سنوات وذلك من أجل معرفة :

- كيف كانت طريقة تخليتهم ؟

- متى حصرتهم على القذاء عن طريق الامتصاص .

- الطريقة التي تمت بها عملية التقطيع ومدى قسوتها .

- ما هي الفروق المهمة الموجودة ؟

بعض هؤلاء تمت تخليتهم منذ الميلاد عن طريق الكوب ، في حين أن البعض الآخر يذلت تخليتهم بالكوب بعد أسبوعين من الميلاد .

وقد صنفت المجموعة من حيث النظام إلى :

نظام مبكر - نظام متوسط - نظام متأخر .

وطبقاً للنظرية الغرينية في التحليل التفصي فإنّ من المتوقع أن تجد أن المجموعة التي تم نظامها مبكرًا سيكون النظام أكثر إحباطاً لها وستكون أكثر مصاً لأصابعها .

لكن الدراسة أثبتت العكس فقد كان الأطفال المتأخرون في نظامهم هم الأكثر شعوراً بالإحباط والأكثر رغبة في مص الأصابع من المجموعات الأخرى ، يعنى أن الفروق كانت في الاتجاه المضاد لما تقول به نظرية الغرائز .

لأن نظرية التعلم فقد كان لها وجهة نظر أخرى فيها يصنف بعملية المرض ، فهي ترى أن الأطفال الذي يتناولون غذائهم عن طريق كوب الحليب سيكونون أقل ميلاً إلى عملية المص حتى الصحوب بتناول الغذاء ، أما الرضع الذين يتناولون غذائهم عن طريق الثدي أو الرضاعة سيكونون أكثر ميلاً إلى عملية الامتصاص ، كما أن الأطفال الذين يتناولون غذائهم من طريق الثدي يكونون أكثر ميلاً من الجميع إلى عملية المص .

ولذا فقد أجرى Davis (1948) الدراسة قسم فيها عينة من 60 طفلًا إلى ثلاث مجموعات متباينة ، الأولى تتغذى من كوب الحليب ، والثانية تتغذى من زجاجات الحليب ، أما الثالثة تتغذى غذائها عن ثدي الأم وذلك خلال الأيام العشرة الأولى من الحياة .

وقد دلت النتائج على أن الأطفال الذين تغذوا من ثدي الأم أكثر ميلاً إلى مرض الأصابع من المجموعتين الآخرين ، في حين أن المجموعتين الآخرين لم تختلفا اختلافاً يائياً في ذلك .

وتشير بعض الدراسات إلى أن عادة مرض الأصابع عند الأطفال العصبيين ليست سوى عرض من الأعراض العامة ، حيث أن الطفل ينام قليلاً أو ينافق في أكله ، ويكثر بكاؤه ، وتنبيه نوبات كبيرة من الغضب ، كما يندو عليه دلالات أخرى من عدم استقرار الجهاز العصبي .

- ولذا يمكن اعتبار التلقن أحد الأسباب الرئيسية الكلمة وراء عادة مرض الأطفال للأصابع ، فالتعلق في أثناء وجوده في جو مشحون بالانعدام والقلق ، ووجود أفراد عصبيين من حوله يجعله يكتب هذه العادة من حوله لتصبح سلوكاً ظاهراً لديه .

- وأجلد بالذكر فإنّ سعف قدرة التعلم قد عملت كبقية زملائه يؤدي إلى شعوره بالتأثير الدراسي ، مما ينجم عنه شعور بالقص ، ويحمل أحياناً التهابات المدرس سلبية تجاهه (تبذ ، إهمال ، اتهامه بالغباء .. الخ) ، ويؤدي إلى ظهور عادة مرض الأصابع لدى الطفل .

- كما أنّ أساليب معاملة الوالدين في التربل والتي تكون أحياناً غير مناسبة مع الطفل كالنقد المستمر له ولصرفاته ، مع القسوة المفرطة في أثناء التعامل

معه ، أو التدليل الزائد ، أو التضليل في أساليب العاملة بين الأم والاب . كل ذلك يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير الظاهرة أحياناً .

- بالإضافة إلى ذلك فإن التغذية غير الكافية ، أو التي تتم على فترات متباينة أو حرمان الطفل من الطعام ، كل ذلك يؤدي إلى جفون الطفل إلى عملية معن الأصابع بالرغم من أنها لا تؤدي إلى إثبات حاجة الجسم لديه .

- كما أن إصابة الطفل بعض الأمراض الجسمية مثل ضيق النفس ، والتهاب اللوزتين ، والإصابة بالزروان الأنتي ، وسوء المرض ، وأنيطارات اللعنة ، من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذه العادة .

- كما أن عدم الاستقرار النفسي الناتج عن شعور الطفل بالعجز الجسدي أو العقل (وما يصاحبه من ضعف في التركيز) ، بالإضافة إلى حالات التخلف المعرفي التي تؤدي إلى عدم استقرار الحركات العصبية لدى الطفل ، كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى عادة معن الأصابع .

إن هذه الأساليب التي يلجأ إليها الطفل في مواجهة مشكلاته ليست إلا أساليب سلية تؤدي بالطفل إلى الإسحاب والعزلة والمحاجل في أثناء مواجهة المشكلات .

أضرار معن الأصابع :

تشير الكثير من الدراسات وخاصة التي أجرتها Lewis (1930) ، 1931 م) و Johnson (1939) إلى أن معن الأصابع له آثار ضارة في ظهور الأنسان الدالمة خلال العام السابع ، كما يساعد على تكون المعرق العدوانى للعنق .

كما أن عمر الطفل وعمره الفي وشده وحالة الفم كلها تؤثر في إمكانية حدوث مشكلات في الأسنان ، مما يؤدي إلى تدهور الأسنان إلى الخارج عادة ، وعدم إطباقها بشكل صحيح .

ويمكن أن تكون آثار معن الأصابع ضئيلة عادة إذا توقف المرض قبل ظهور الأسنان الدالمة .

بالإضافة إلى ذلك فقد لوحظ أن من بعض أسبابه أسباب يدل إلى أن يكون أقل

احتمالاً لأن يستجيب إذا نودي بإسمه .

كما أن من بعض إصبعه يميل في اثناء الفحص إلى الانقطاع عن العالم الخارجي ويصبح منهكأً بذلك ، ويكون حديثه الغربي مبتوراً ، وتردد مشكلاته عائلاً يكبر ويصبح راعياً لسلوكه العائلي حين ، يسفر عنه الأطفال الآخرون .

طرق الوقاية والعلاج :

ماذا يستطيع الآباء والربون أن يفعلوا كي يمنعوا حدوث **مرض الأصابع** **الزمن عند أطفالهم** ؟

فالكشف عن تربية الطفل إنما هو بما يقول وما يفعل ، وهناك عدة إجراءات يمكن من علاقها وقاية الطفل من عادة مرض الأصابع أو علاجها في حالة وجودها ، وخاصماً في سن ما بعد القطام أو بعد سن الثالثة من العمر . وأهم هذه الإجراءات ما يلي :

١ - توفير الأمان للطفل : **provide security**

إن شعور الطفل بالأمن والأمان يقلل ظاهرة **مرض الأصابع** عنه ، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية ، أو تناقض بين الأشقاء ، أو في ذلك إلى ميله إلى **مرض الأصابع** .

ولذلك لا بد من جهة جر صريح للطفل في المنزل وإن يكون أثناً ، وهذا مساعدة ، وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة ، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل مبراعاته .

٢ - التجاهل : **ignoring**

من الأفضل للأباء أن يتجاهلوا عادة **مرض الأصابع** عند أبنائهم ، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يبذله تجاه هذه الظاهرة ، ونذكر الأباء بأن معظم الأطفال يقلمون عن هذه العادة بزواجهم عند من محسن أو سوء سمات ، وعادة قبل ظهور الأسنان الدالمة . زد على ذلك فإن تركيز الآباء على عادة **مرض الأصابع** عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً . فالائي المتمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر التهديد والكراء تقوى هذه العادة عند الطفل وتدفعه إلى

العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه .

ـ كـا أنـ الطـلـلـ عـنـدـمـ يـظـهـرـ مشـكـلـاتـ اـنـعـالـيـةـ بـالـإـضـالـةـ إـلـىـ مـصـنـ الـأـصـابـعـ (ـخـوـفـ ،ـ عـدـونـ)ـ فـإـنـ يـقـاتـلـ مـعـنـ الـأـصـابـعـ فـإـنـ يـعـجلـ فـيـ ظـهـورـ مشـكـلـاتـ سـلـوـيـةـ أـخـرـىـ مـثـلـ تـقـلـصـ عـضـلـاتـ الـوـجـهـ الـلـاـزـمـيـ مـثـلـ .ـ

لـلـأـنـ الـأـقـضـلـ عـدـمـ الـبـالـغـةـ فـيـ الـإـيـادـىـ إـلـىـ هـذـهـ الـعـادـةـ الـتـىـ تـخـطـىـ بـرـورـ الـوقـتـ مـنـ خـلـالـ الـتـوـجـيـهـ وـالـإـرـشـادـ ،ـ وـاتـبـاعـ مـوـقـعـ مـنـسـابـ مـعـ الـأـطـفـالـ الـصـيـارـ الـذـيـ يـصـوـرـ أـصـابـعـهـ .ـ وـأـظـهـرـ لـلـطـلـلـ مـنـ خـلـالـ أـنـوـالـكـ وـأـنـعـالـكـ أـنـكـ لـاـ تـعـتـرـ مـصـنـ الـأـصـابـعـ لـمـأـدـيـةـ كـبـيرـةـ .ـ وـلـاـ بـدـ مـنـ تـرـكـيـزـ الـجـهـودـ عـلـىـ إـرـشـادـ الـطـلـلـ عـلـىـ التـخـلـصـ مـنـ هـذـهـ الـعـادـةـ شـيـئـاـ فـيـشـيـئـاـ ،ـ وـلـنـ تـسـمـيـ لـدـىـ الـطـلـلـ الشـعـورـ بـالـسـعـادـةـ وـالـجـمـعـةـ وـالـقـيـوـلـ .ـ وـيـتـصـحـ فـيـ هـذـهـ الـحـالـةـ فـيـ أـنـاـنـ تـجـاهـلـ حـادـةـ مـصـنـ الـأـصـابـعـ عـنـ الـطـلـلـ أـنـ يـقـيـ الـطـلـلـ مـشـغـلـاـ بـيـشـاطـاتـ هـادـيـةـ بـنـادـةـ بـنـيـةـ بـعـثـتـ تـقـيـ الـبـدـنـ مـشـغـلـيـنـ ،ـ وـلـنـ تـوـفـرـ لـهـ مـوـادـ لـعـبـ مـتـوـعـةـ تـسـتـدـعـ الـاسـتـخـدـمـ الـفـعـالـ لـيـدـهـ مـثـلـ الـمـعـجـونـ وـأـفـلـامـ الـثـانـنـ .ـ

ـ ٣ـ اـسـتـخـدـمـ مـصـاصـةـ كـاـذـبـةـ : Pacifier

تـقـرـبـ الـبـحـرـاتـ الـخـدـيـلـةـ اـسـتـخـدـمـ الـمـصـاصـةـ كـيـدـلـ لـمـنـ الـأـصـابـعـ .ـ وـقـدـ يـرـتـبـ الـدـرـاسـاتـ أـنـ الـأـطـفـالـ الـذـيـنـ يـسـتـخـدـمـونـ الـمـصـاصـةـ الـكـاـذـبـةـ خـلـالـ السـنـ الـأـوـلـ مـنـ الـعـمـرـ تـقـرـبـ لـهـمـ حـالـاتـ مـصـنـ الـأـصـابـعـ عـلـىـ نـحـوـ قـلـلـ فـيـ مـوـاتـ الـطـفـولـةـ الـلـاـجـيـةـ .ـ

ـ ٤ـ إـطـالـةـ فـتـرـةـ الرـضـاعـةـ : Increase Sucking Time

لـاـ بـدـ مـنـ إـطـالـةـ فـتـرـةـ إـرـضـاعـ الـطـلـلـ خـاصـةـ إـذـاـ ظـهـرـ أـنـهـ يـمـسـ إـجـبـعـهـ بـعـدـ الـإـنـهـاءـ مـنـ الرـضـاعـةـ مـيـاـزـةـ أـوـ عـلـىـ فـقـرـاتـ مـتـكـرـرـةـ بـيـنـ الرـضـاعـاتـ .ـ وـمـنـ الـأـقـضـلـ اـسـتـخـدـمـ حـلـمـةـ لـدـىـ يـسـيلـ مـنـاـ الـخـلـبـ يـطـهـ وـإـطـالـةـ فـتـرـةـ الرـضـاعـةـ أـكـثـرـ مـعـ الـإـسـتـرـخـاءـ ،ـ وـعـدـمـ الـإـسـتـعـجـالـ فـيـ نـقـلـ الـطـلـلـ مـنـ بـرـنـاجـ رـضـاعـةـ مـرـةـ كـلـ ثـلـاثـ سـاعـاتـ إـلـىـ بـرـنـاجـ مـرـةـ كـلـ ثـرـبـ سـاعـاتـ .ـ كـيـاـ يـكـنـ أـيـضاـ تـأـخـيرـ قـطـامـ الـطـلـلـ مـنـ لـدـىـ الـأـمـ أـوـ الرـضـاعـةـ .ـ

٥ - الثواب والعقاب : Rewards and Penalties

إن استخدام الثواب مثل التدبح الاجهادي أو تقديم مكافأة مادية ملحوظة، مثلًا الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال في السيطرة على عادة مcus الأصابع . لذا فإن وضع نظام للتعزيز ينحصر من حدوث مcus الأصابع . فإذا كان أصبح الطفل جاذبًا يقوم الآباء أو الطفل بوضع تجمة على لوحه مثيرة بشكل يارز . ويؤدي حصول الطفل على خس نجوم إلى حصوله على مكافأة مادية أو جائزة ومن ثم يمكن أن يحصل على الجائزة بعد حصوله على عشر نجوم وهكذا .

وفي مقابل ذلك فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو ي cus إصبعه ، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل . والحقيقة المأثورة هي سحب المغزيات الإيجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم ، أو إخلال التلفزيون لمدة خمس دقائق كلها شرط الطفل وهو ي cus إصبعه في نفسه . . . وهكذا .

٦ - التوجيه : Guidance

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات للدراسة إعطاء توجيهات بين الآثار السلبية التي تتجه عن عادة cus الأصابع وإن يستار قصور الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإلقاء ، وتنذيره دائمًا إذا ما نسي واستمر في عادة cus الأصابع .

كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة للوجوهات عند الطفل وإظهار الآفة بقدرتها على التخلص منها . كما يجب على الوالدين عدم الخجل من ظهور هذه العادة لدى أبنائهم أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها .

وإذا بادت الجهود بالفشل يطرد من إرثه الطفل فصرًا على الشخص من هذه العادة، لأنه يمكن أن تولد عند الطفل مشكلات للغاية أكبر صعوبة وخطرًا كمسأ يمكن للأباء والمربيين من توجيه الأطفال لتحمل المسؤولية بالشطة بهدف مساعدة شعرهم بشيئهم وقدر قدرهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة .

٧ - الإيغاء : Suggestion

من المعروف أن الأطفال سريعاً يؤثرون على الآباء ، خاصة عندما يكونون صغاراً جداً . ولذلك يمكن القول بصورت ناعمة وأسلوب مهذب ومنم في الماء استرخاء الطفل ونعاشه (إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاء يوماً بعد يوم) ، وقريباً سوف تبدأ بالتعاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار ، وسوف تصبح كبيرة جداً وإن تعم أصبعك بعد الآن ، كثير من الأطفال الصغار يعمون أصابعهم وربما كنت أنت أيضاً أعمى أصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً ، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك ، فلأنك عندما كبرت مثل الكثرين من الأولاد والبنات الصغار ، توقعت عن مصري أصبعي لأنك كبرت ، وسوف لراهن أنك كنت أيضاً قريباً متسبباً بتجربة تعلم تعم أصبعك بعد الآن ، وربما سجلت ذلك في الشهر القادم ، وربما سوف تصبح كبيرة جداً ، أو ربما بعد ذلك ، ب بحيث عندما يدخل إيمانك في قمك سوف تقول : لا يا أصبع ، لن أقوم بمسك بعد الآن ، لأنك أصبحت الآن كبيرة ، عليك أن تبقى خارج قمي .

إن الكبار لا يقومون بعم أصابعهم ، هذا ما يفعله فقط الناس الصغار .

سوف أصبح كبيرة ، أنت يا سيد أصبع ، بعد خارج قمي . نعم يا عزيزي إنك تكبر وتزداد قوة وقريباً لن تعم أصبعك أبداً أبداً (شير ، وأخرون ، ١٩٨٩ ، ص ٢٤٢) .

٨ - المكافأة :

توفير المدح ، والأنشطة الالزمة والمناسبة للطفل مع توفير المدح اللازم لممارسة فعالياته ، وتنظيم قدرات العمل والراحة ، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي .

٩ - العناية الصحية :

ضرورة العناية الصحية والفحوص الطبية الدورية للتعرف على الأسباب الجسدية التي قد تساعد على ظهور الاختطرابات العصبية لديه (حسين ، ١٩٨٦) .

ثالثاً : قضم الأظافر Nailbiting :

أثبتت الدراسات الحديثة أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال واللائي يقضمون أظافرهم من وقت لآخر وبدرجات مختلفة (قد يصل بعضها إلى أسلف مستوى الجزء العلوي من الجلد المحاط بالظفر). وأن عدداً منهم يستمرون في هذه العادة بشكل متكرر إلى وقت متاخر ، ودلت الدراسات أيضاً أن هذه الظاهرة تنشر حق بين طبقة الجامعات حيث يعاني منها ٢٥ - ٣٦٪ من مجموعة الطلبة . وهذا ترى بأن قضم الأظافر عند الأطفال عبارة عن ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر ، وتظهر من وقت لآخر وفي مناسبات معينة ، ويكون من الصعب السيطرة عليها وتغييرها .

كما وجد أن هذه الظاهرة أكثر شيوعاً بين الإناث منها بين الذكور .

فقد وجد فالنتاين ، وآخرون إلخ Valentine et al (١٩٥٥) من خلال دراستهم أن حوال ٦٠٪ من الذكور ، و ٦٠٪ من الإناث بين سن ٨ - ١١ سنة من العمر يقضمون أظافرهم ولكن بدرجات مختلفة . وقد أظهرت الدراسة أيضاً أن الذكور يقضمون أظافرهم بشدة أكثر من البنات في الأعوام ما بين ١٥ - ٧ سنة وهذه الفروق دالة إحصائياً . أتافي عمر أقل من سبع سنوات قيدوا أن الذكور أقل قضماً حاداً من البنات . كما أظهرت الدراسة أن أكبر نسبة من القضم الحاد كانت في سن ١٢ سنة بالنسبة إلى الذكور .

أتا عن مرعد ظهور قضم الأظافر عند الأطفال فقد بيت إحدى الدراسات (منصور ، ١٩٨١) التي أجريت على الأطفال الذين يقضمون أظافرهم بحالة من كلام الجشين في سن ٨ - ١٠ سنوات أن ٥٣٪ من هؤلاء لا يعرفون حتى يقضمون أظافرهم لو أهملوا لا يقضمونها في أوقات معينة . وأن ٢٢٪ منهم يقضمون أظافرهم في السينما أو أمام التلفزيون ، و ٨٪ يقضمون أظافرهم عند قراءة كتاب مثير أو سياح قصة أو رقية حادة مثيرة ، من فيلم أو تلفزيون ، في حين أن ١١٪ يملون إلى قضم أظافرهم عند تركيز انتباهم في الدراسة .

لذا فإن هذه العادة تغير من أكثر العادات صعوبة من حيث قابلتها للتغير ، إلا إن الذين يقضمون أظافرهم يكونون حساسين بالنسبة إلى استهجان

المجتمع ، لذا فإنهم يضمون أظافرهم في أثناء عزفهم .
الأسباب :

يرى العديد من الباحثين أن ظاهرة قضم الأظافر تعد طريقة للتخلص من التوتر والقلق كما تُعد أيضاً تعبيراً عن العنوان الكبير والتكيف الوجودي السُّيُّور (Hadfield 1950 ، Koch 1935) .

كما يرى بارتون هول (Barton Hall 1947) ، أن أغلبية حالات قضم الأظافر الخاد تثير الأطفال ذري النشاط الزائد والخوبية الزائدة وعدم الاستقرار . وقد يلجأ الأطفال إلى تقليد سلوك والذئب ، إذ أن الطفل يقلد آباء أو أمه عندما يظهر عنده أو متى ما هذه العادة لأنه يتعجب مما يكتبه الذي يجب أن يكتبه به . كما يقلد الطفل زملاءه من التلاميذ الذين تظهر لديهم هذه العادة . كما أن بعض الأطفال يمارسون هذه العادة عند عدم اهتمام مشاهدة طفل مثل لديهم .

ومن تلك بعض الأسباب التي تؤدي إلى عدم استقرار الطفل الفعاليّ هي (١) :

أولاً : أسباب جسمية ووراثية :

فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية مثل الإصابة بالديدان ، وتفصخ اللوزتين ، أو الروابط الأوتيرية إلى جانب سوء التغذية والاضطرابات الخندقية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سلبياً .

أما من الناحية الوراثية فقد يرث الطفل بعض الخصائص التي تساعد على تكوين العصبية أو عدم الاستقرار عنده ، وهذه الخصائص الوراثية تتفاعل مع البيئة وتكون حلقة متعلقة تقوي كل منها الأخرى .

كما قد تصاحب العصبية وعدم الاستقرار بالضعف العقلي في بعض الحالات ، إذ أن المتأخرين عقلياً يدون أقل من غيرهم قدرة على توجيه نشاطهم ، وضبط حركاتهم ، لذا نجدهم متأخرين في النمو الحركي . كما أن عدم قدرتهم على مساعدة زملائهم في المهام وحركاتهم ونشاطهم يجعلهم يتضايقون

(١) مصادر ، محمد جليل محمد يوسف : قرارات في منكلات الطفولة ، نهاية ، جدة ، المملكة العربية السعودية ، ١٩٨١ .

وينصتون بالعصبية وتزداد حالتهم سوءاً مما يعولهم ينضمون أفالاً لهم .

ثانياً : الأسباب النفسية والبيئية :

من الأسباب النفسية التي تؤدي إلى عدم استقرار الأطفال وعصبيتهم ما على :

١ - الشعور بالبروس الثالث عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يتحقق الوصول إليه . مثل : التأثر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة . أو عندما يكون الطفل قد خُرم من ميزات يتحلى بها أخيه فيفضلون عليه ، وعندما يُحرِّم أيضاً من التقدير والاهتمام .

٢ - وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشكاء ويفقد فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالدراسة والمتزلج مما يؤدي إلى عصبيته وعدم استقراره . فلذلك المعلوم بالمواضيع التي تتفق دون تحقيق حاجاته المختلقة كال حاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشكاء .

٣ - وتبين الدراسات أن الطفل يُمارس هذه العادة عندما يستغرق افعالاً أو في حالات التعب الشديد أو في حالات الإهمال والحرمان . ولكن عندما يتمسك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلتفت إلى مثل هذه العادات ، إلا نادراً ، كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات النفسية البارزة تكرر إصاهم بالتهاب المخالق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً .

٤ - واحدة تقسم الأظافر عند الأطفال دليل على شعف توافقهم الشهي والاجرامي ، فقد يفرون بها الطفل أحياً كرغبة في إزعاج والديه ، ويكمن أن تندفع هذه العادة عند الطفل عندما يظهر الوالدان اتزاعاً لجرم رمي لهم الطفل وهو ينضم أفالاً . كما يكشف ذلك الإحساس الششارب عن حالية الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء المرجع لها (حسين ، ١٩٨٦) .

٥ - يرى بعض الباحثين أن تقسم الأظافر عند الأطفال دليل على فشل الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية .

الوقاية والعلاج :

لا بد من المحافظة على أظافر الطفل مقصوصة بحيث لا يكون لها حوايا
ناتجة تستدمي الطفل إلى التخلص منها .

كذلك لا بد من جعل الطفل يمارس نشاطاً عضلياً بحيث تقلل يده
مشغولتين بنشاطات هادئة .

ولكن قد يستخدم البعض وسائل معينة لمنع الأطفال من قضم أظافرهم
مثل وضع غطاء معدني للإيجام ، أو وضع جبيرة للنرخ للبعد من حركته ، أو
دفن الإيجام والأسابيع عادة مرة للدراق ، أو اللجوء إلى التأديب والتربیة ، أو
جعل الطفل يشعر بالخزي لممارسته عادة قضم الأظافر .

ولكن هذه الوسائل ليست سليمة في علاج قضم الأظافر وقد يكون لها آثار
سلبية أشد خطراً من العادات نفسها .

فالعلاج الصحيح يكون في العناية بالطفل والاعتراف بحاجاته الأساسية في
مرحلة الرضاعة وضرورة إثباعها بصورة سليمة الأمر الذي يقلل من تكون
العادات غير السليمة المتصلاة بالقلم .

فعادة قضم الأظافر عادة ملحوظة تستدمي الآباء والأهتمام ولا بد من
العمل على علاجها على أحسن سلبيات قاتمة على تشخيص مبكر لبيان الأسباب
المؤدية إليها .

لذلك على الوالدين أن ينالا مع الطفل ملحوظة هذه العادة ، مع رفع
دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة ، ويسكان الطفل الذي يمتلك دافعية
لوقف هذه العادة أن يجمع بين عدة استراتيجيات منها :

١ - الاحتياط يسجل :

يمكن للأطفال في سن الثالثة من العمر أو أصغر سناً يلاحظوا أو يسجلوا
الرات التي يقصون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقات في كل مرة يثيرون
فيها بقصم أظافرهم ، وتدوين ما الذي كان يفعله قبل البدء بقصم أظافره
مباشرة . وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك الشكل

غالباً ما يؤدي إلى إنفاسه ، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي بدل تقييم كثافة استغلال الشخص لوقت وجهه .

٤- المكافآت : Rewards

يمكن للأبويين أن يحدداً أهدافاً للتحسن . فمجرد أن يبيّنُ السجل عدد المرات التي يقوم فيها الطفل بغضن أظافره خلال اليوم ، وأن هذا العدد قد تناقص خمس مرات ، يعطي الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقق المدّف . ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسبوع مثل : استطباب الطفل في زيارة للأصدقاء ، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون . كما يمكن استخدام نظام التناط بحيث يحصل الطفل على خمس تناط على البطالة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظافر عنده بقدر خمس مرات .

وبالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قبل الراشدين مما من شأنه أن ينبعض على قسم الأطفال.

٢- المقدمة :

يمكن جمع التراب مع العقاب في معايير ظاهرة قضم الأظافر حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أخرى. فقد يكون سحب المكافأة الإيجابية مثل حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت لو خسارته لبعض التغود من مصروفه اليومي كلما شرحت من قبل الآباء وهو ينضم لظاهرة عددياً في علاج هذه الظاهرة.

د) - التدريب على زيادة الوعي : Awareness Training

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلته ، وذلك بأن يطلب منه أن ينحصّ على مغافل كل مبالغة وكل مبالغة ليجلس في مكانه هادئاً أمام مرآة ويقوم ببطء بتحليل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً ، وفي أثناء قيامه بتحليل التور عليه أن يقول بصوت عالٍ « هذا ما لن أفعله اليوم » .

و هذا الإجراء يساعد على زيادة وهي العقل ، و زيادة قدره على التحكم
الإيجابي بعامة قسم الأطفال .

٥ - تعلم الطفل استجابة مناقضة Competing Response

لا بد من تعلم الطفل استجابات مناقضة كالماء شعر بالحاجة إلى نفس الأطافله ، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه ، ورضم لفظي بيديه بقوه حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد . وعمل الطفل ممارسة الاستجابة المناقضة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بالفراء القضم . ومن الاستجابات المناقضة أيضاً قيام الطفل بالتنفس بالأطافله على سطح قاس أو يسخن يمسحة . كما يمكن أن يُكافِئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المناقضة بقدنه كأساً من الشراب أو قطعة حلوي ، مما يؤدي إلى تقوية حدوث حدوث الاستجابة المناقضة .

٦ - تعلم الطفل الاسترخاء Teach Relaxation

بما أن عادة قضم الأطافله هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو القلق ، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيف يدخل مع هذه المواقف المثيرة للقلق عن طريق الاسترخاء الذي يمكن التحكم به بوساطة الدلالة وتعلم الطفل كيف يصل إلى حالة من الاسترخاء كاستجابة لكلمة دالة يقوها الطفل لنفسه مثل : أهداً ، وهذا الإجراء خطوهان هما :

- ١ - التدريب على الاسترخاء المضلل الثام .
- ٢ - مزاوجة الكلمة الدالة (cue-word) بحالة الاسترخاء .

ويتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة يجعل الطفل يتبعه إلى نفسه في أثناء ترددده الكلمة الدالة بصوت غير مسموع مع كل زفقة تنفس . ويقوم أحد الآباء في أول خمسة القراءات بتزريد الكلمة الدالة بصوت مرتفع وبشكل متزامن مع زفقات الطفل ، ثم يتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية . وعندما ينبع الطفل مدة سبعين ثانية لكن يتبعه إلى شعوره العام للصاحب للاسترخاء ، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى .

ويشجع الطفل على القيام بمهارات كل من ثمانين الاسترخاء وإجراءات إثارة الكلمة الدالة يومياً ، وعندما يتعذر العملية يطلب إليه أن يقوم بلاحظة الرهبة في التوتر للصاحب لضم الأطافله ، وأن يقوم بعد ذلك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة ، وهي الرزف مع تردد الكلمة الدالة بصوت غير

سموع : أحداً (Aldem) (شيفر ، وأخرون ، ١٩٨٩) .

٧ - والجدير ذكره أنه لا بد من عدم مبالغة الوالدين في الاتكاء إلى هذه العادة التسمية ، ولا يعني ذلك تجاهلها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً شيئاً ، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر لدى هنا إلى توجيه انتظار الأمرة كلها إلى الطفل لثانية أمره ويرون في ذلك شلوقاً ، فيستمد الطفل من هذا الأمر جائماً من الرضا اللاشعورى . فائد ما يقوى العادة عند الطفل هو تكرار تباهي عنها ، وهذا ما يؤدي به إلى العناو والقاومة ، خاصة إذا كان النبي مصحرياً بالتهديد والوعيد ومشاعر التباد والكراءة والاشتراك .

٨ - بالإضافة إلى ذلك فلا بد من العمل على تخلص الأطفال من مشاعر العداية التي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال التجربة إلى عادة قضم الأظافر كظاهرة تفسيرية نتيجة الشعور بالقلق والشعور بالذنب . وإنما أراد الوالدان تغیر عادة قضم الأظافر عند أبنائهم فلا بد أن يغیروا هذه العادة السببية عند أنفسهم (بالنسبة إلى الآباء الذين يقضون أظافرهم) ، لأن الأطفال يمكنون آباءهم أيضاً عندما يتعلمون عن هذه العادة .

٩ - وقد ينجد الإيجاد في علاج قضم الأظافر عند الأطفال عن طريق استخدام « جرامفون » يوضع في سجرة الأظافر بعد أن يستغرقون في النوم والذى يكرر باستمرار « لن أقض أظافري » ، فتختفي الأظافر عادة لفترة ، وإن قضم أظافري مرة أخرى . وتدار الأسطوانة عند نوم الطفل ثم توقف قبل أن يستيقظ في الصباح . ويرى آيزنك (١٩٦٤) أن عدداً كبيراً من الأطفال قد أفلج عن قضم الأظافر بهذه الطريقة .

كما يرى آيزنك أيضاً أنه بالإمكان إثارة عادة قضم الأظافر من ميدان اللاشعور من خلال الإلتفات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها . فقد استخدم دونيلاب « هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظافر والتذقين » ، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظافره بوصار وذلك عند ذهابه إلى عالم النوم والجلوس لفترة لمدة نصف ساعة يومياً . ويرعن ما اختلف ظاهرة قضم الأظافر عند الأطفال وبدأ الشفاء تدريجياً .

رابعاً : اللازمات العصبية أو التقلص اللاإرادي في العضلات (Tics) :

مفهوم اللازمات العصبية ومظاهرها :

اللازمة كما يرى آشر Ascher (١٩٧٤) هي عبارة عن تقلص في العضلات المختلطة ، تحدث قيحاً ولفترات عديدة . كما تتميز بأنها لا إرادية وليس لها هدف واضح ، وتحدث بشكل قهري تكون عادة في أحد الأطراف العلوية لوجه الوجه ، تظهر على شكل رمش العين ، ورفع الجفون أو تحريك الرأس أو الرقبة بشكل فجائي ، أو تحريك الأنف أو جواثب الفم أو تحريك الكتف ، وكذلك تخفقين الجبهة ، وفي القم بعطف ، وقد تشمل كل جزء من أجزاء الجسم عرضاً في الحالات المطرفة .

وهناك أيضاً اللازمات اللقظية والتي تظهر على شكل أصوات متكررة (أي تردد عبارات بشكل متكرر) مثل : « أنت تعرف ، أليس كذلك » واللازمات العصبية غير ملائمة ولا تؤدي إلى تلقي في العضلات (ضمور) .

ونظراً ترى بأن اللازمة العصبية عبارة عن ظاهرة نسبية - جسمية تظهر على شكل تقلص في العضلات أو على شكل تكرار تردد عبارات معينة بصورة فجائية وبشكل قهري ولا إرادوي دون أن يكون لها هدف واضح ، وتستمر لفترات تطول أو تقصر . واللاحظ بأن الأطفال الذين يعانون منها غالباً ما يكونون ثقليين ، واعين للذواهم وحساسيين ، وعنيفين وشديدي الاعتداد على الآخرين .

وأظهرت الدراسات أن حوالي ١ % تقريباً من عموم السكان يعانون من اللازمات العصبية Azine (١٩٧٣) ، وأكثر فترات حدوث هذه اللازمات ما بين ٦ - ١٢ سنة ، حيث يعاني ١٠ % من الأطفال منها ، وتبلغ ذروة انتشارها ما بين ٧ - ٩ سنوات . وما هو جدير بالذكر فإن مستقبل هذه اللازمات على المدى الطويل مطمئن حيث أنها تستمر فقط مع ٦ % من الأطفال حتى سن الرشد ، ولكن الأمر غير مطمئن عند من يعانون من لازمات متعددة . ومن اللاحظ أن هذه اللازمات العصبية أكثر انتشاراً عند الأطفال في حالة التوتر وكثيراً ما تؤدي بعض الأمراض المعدية الخلاة ، وكذلك عند ذوي الخبرات الانتقامية المولدة

والشديدة بعد سن الثالثة من العمر . وهذه الالزامات لا تظهر في أثبات النوم . وقد أثبتت الدراسات أن حوالي ٥٠٪ من الأطفال الذين يعانون من الالزامات وشجنات ورفض عصبي يظهر رسم الموجات الكهربائية الدماغية عندهم انتشاراً غير طبيعي ، وهذا يعني أن موجاتهم الدماغية لا تعمل بشكل طبيعي ، إلا أنه لا توجد تنازع هامة يمكن أن تشير إلى وجود ورم دماغي أو آفة مرض (شيفر ، وأخرون ، ١٩٨٩) .

وظهور الالزامة يجب أن ينظر إليها بشكل جدي كظاهرة نسبة جسمية حدثت بسبب خطأ تطوير التحفيز المركزي (عبد الرزاق ، ١٩٨٧) . إنها تظهر على شكل إيقاف غير متناسق لأنها تظهر فجأة وبشكل لارئي .

ظهور الالزامة الحركية أو اللحظية عند الإناث في بداية ظهور الماده الشهرية نتيجة تغير المعلومات لدى الفتاة عن هذه الماده .

ولا بد من التمييز بين الالزامات وغيرها من الأعراض التصلة بالأعصاب مثل التicsات الالزامية للعضلات ، والرعشات . كما لا بد من عدم الخلط بين التicsات الناتجة عن المضيئات التحفيزية ، وعصاب الوساوس التهوية ، والاضطرابات الشديدة في الشخصية والتي تكون في الغالب لا إرادية بحكم كونها تهوية . ولكن يجب الانتهاء إلى أن الالزامات تقع دونوعي المريض بها ، في حين أن القردة يمكنون واعيًّا في التصرفات التهوية ، ولكنه عاجز عن التحكم بها . كما أن الالزامات تقاوم معظم أشكال العلاج النفسي ، على عكس الوساوس التهوية ، والاضطرابات المضيئية التي تستجيب لهذا العلاج (Yates ، ١٩٧٠) .

الأسباب :

تخرج الالزامات العصبية عن مجموعة واسعة ومتباينة من الأسباب غير أن أكثر هذه الأسباب يروزاً ما يلي :

١- أسباب نفسية :

ظهور الالزامات العصبية في ظروف عدم التوتر ، ولكن زيادة التوتر يؤدي عادة إلى زيادة تكرار الالزامات .

فالضغط النفسي التي يواجهها التلميذ في المدرسة والمنطقة عن عدم قدرته على تلبية جميع المطالب المفروضة عليه ، هنا الشعور بعدم الكفاءة المصحوب بشعر الارتياب والخجل قد يؤدي إلى تطور الازمات عنده ، فالازمات يمكن اعتبارها استجابة جسمية طبيعية للتوتر . وقد دلت الدراسات أن العديد من الأطفال يستجرون لانتقادات المعلم على اعتبارها خبرة الفعالية سلبية جداً ، إذنً كثيًراً ما تتطور الازمة في جو سفي متواز .

كما تتطور الازمات العصبية عند الأطفال نتيجة سلوك المقابلة والمنافسة التي يقوم بها الزملاء في المدرسة التي لا يستطيع البعض التكيف بشكل مناسب مع مثل هذه المواقف ، فهم بحاجة إلى هؤلاء الزملاء من أجل الصحة ، ولكنهم في الوقت نفسه يشعرون بالتوتر المستمر نتيجة لصحيتهم . بالإضافة إلى ذلك فقد تتطور الازمات عند الطفل نتيجة صدمة الفعالية يتعرض لها . لذا فإن فقدان المفاجئ للشخص عزيز (موت) ، أو رحيل أحد الأقارب المحبوبين (أب أو أم) يؤدي إلى ردود فعل عصبية . عضالية تجل على شكل لازمات أحياناً .

بالإضافة إلى ذلك فإن أي خبرة هيئة قد تؤدي إلى الانسحاب الدفافي لبعض المجموعات العضلية . وقد يكون الارتعاش (الازمات) متقدماً للتوتر العضلي ، أو قد يصبح شائعاً متأخراً يؤدي إلى صرف الانتباه عن الأمور غير السارة إلى حد ما . والأساس في ذلك أن المركبة تصبح عادة يتم القيام بها بشكل متكرر ، ويزادي هذا إلى تقوية عضلات عديدة وإلى ضعف العضلات المعاكسة وبالتالي تصبح الازمة قوية ومن الصعب التوقف عنها .

لذا فإن رعش العين المتكرر مثل على الازمات والتي تظهر نتيجة خوف الأطفال عند رؤيهم حادثاً ما . فالرمش هو رد فعل اعصابي للخوف يحاولون به إبعاد النظر عن النظر الخيف ، وبعدها يتسبب الرمش الزائد عن الخوف البسيط ، ويصبح الرمش المتكرر عادة عامة يظهر حتى في حالة الاسترخاء .

كما أن الرغبات القوية غير المغير عنها تسبب الازمات ، حيث أن أكثر مصادر الصداع شيئاً هي الرغبات الجنسية أو العدوانية غير المقبولة ، حيث يقع الطفل في صراع بين رغبته في التعبير عن رغباته وعدم رغبته في ذلك بسبب القيم الشخصية أو الاجتماعية ، ومثال ذلك الخوف من التعبير البالغ عن الغضب الذي يتطور ليصبح لازمة لفظية مثل صوت النثر (أو تنظيف الحجرة) وكلمات

الباب والشتم وإذاعاج الناس بذلك ، وهي طرق رعنية للتغريب عن مشاعر الفلق . أما حرارة أرجحة الكتف أو المتراء فيمكن أن تكون طرقة رعنية للتغريب عن بعض أشكال حركات الغرب فidelia من ضرب الغير تصبح المركبة اعتياداً بهذه تم التراجع عن ضرب الآخرين . أما أرجحة الرأس فقد تكون طرقة رعنية لقول (لا) للكثير من المطالب التي يبعث عمل التوتر أو تنفس الأذكار .

٢- الأسباب المُؤثِّرة على الاتجاهات الاجتماعية:

إن علاقة الطفل بوالديه وإليه المعنى جيا بوجي عام وما يسود من التوتر والقتل، وبغض المعصية والنشاط الزائد غير للنظم يمكن أن يتمكّن على شكل لازمات عند الطفل، وعادة ما تجد هذه العادات موجودة عند الطفل وعند والديه أو أحدهما . فالابوan قد يهلاn ملائج يمكن تقليدها ، ومثال ذلك : ظهور اللازمات عند الأطفال (خاصة عند من هم دون سن السادسة من العمر) الذين يتعلّم أيّازعم مثل هذه اللازمات لو أشكال آخرى منها . وفي الغالب تظهر اللازمة عند الطفل الذي اشتراك في تربته أشخاص كثيّر ، ويوصي سلوك الطفل بالمخجل في البيت والمدرسة ، وفي أثناء ممارسته للألعاب الرياضية ، حيث يظهر عدم التماست في الحركات . كما تظهر اللازمة عند الطفل الذي يتعلّم من تصرّفه تبيّن نتيجة عدم القدرة على تأكيد ذاته بين زملائه ، أو أن يقُوم بزد الفعل للناس ، فالفعل يكبت الخضب ولا يظهر غيره ، ويكبت عنوانه فيه زملائه ، ظهور اللازمة تغير عن حالت العادة .

كما أن توقمات الوالدين غير الواقعية وللبالغ فيها من الأسباب التي تؤدي إلى شعور الطفل بالفضول ، ولأن حدوث اللازمات العصبية عنده كتبس عن هذا الشعور .

كما قد يعزز الوالدان هذه الاستجابات عند الأطفال عن غير قصد ، كان يظهروا مزيداً من العطف والتضطمس لـ الاهتمام أو الاتزانج أو التفب حين ظهرت عند الطفل استجابة الازمات .

وكلما زاد الاهتمام من قبل الوالدين يستلوك الارتعاش عند اطهافهم كلما زاد ذلك من تعقد المشكلة ، لذا فإن انتشار الالزامات العصبية عند الأطفال يمكنه

أكثر عندما يكون الآباء مترددين وصارميين ولديهما قلق مرتفع ، لأن هذه المخصائص تؤدي بوضحاً يقظةً للأطفال . فالعقاب والانتقامات التي تكرر باستمرار للطفل تؤدي إلى جيّر مشحون بالتوتر وتكون النتيجة ظهور الالzمات عند الأطفال .

كما أن إعاقة حركة الطفل ، ومنعه من التعبير عنها يزيد من العوامل التي تؤدي إلى حدوث الالzمات .

٣ - أسباب عضوية :

يعتقد أن الالzمات العصبية تنتج من فسق في الجهاز العصبي المركزي . ولهذا لا بد من التمييز بين الالzمات العصبية وكل من : التشنج ، والارتجاف ، والرقص العصبي ، الثالثة عن أسباب عضوية . فالشخص الطبيعي يكتشف عن هذه الأمراض مثل : (رقصة القديس فينوس أو الحمبة الربية أو الروماتيزمية والتي تسبب حرّكات متكررة) .

الوقاية والعلاج :

هناك مجموعة من الأساليب التي يمكن الالتحام بها في وقاية الطفل وعلاجه من الالzمات العصبية وأهم هذه الأساليب ما يلي :

١ - تشجيع التعبير عن المشاعر الاتجاعية :

من أجل عدم تراكم التوتر عند الطفل لا بد من تشجيع التعبير عن المشاعر الاتجاعية بحرية . ولهذا لا بد أن يكون للطفل أصدقاء أو زملاء دون يكن الفتة بهم . فالطفل قد يلجأ إلى والديه عند مواجهة أي نوع من المشكلات ، وكذلك لا بد أن تكون المشاعر والأفكار التي يدلل بها الطفل مقبوله وقابلة للمناقشة من قبل الوالدين . إلا أن بعض الآباء يجدون صعوبة في الاستماع إلى بعض الأفكار الغريبة ، إلا أنه بالاستماع إلى هذه الأفكار ومناقشتها مع الطفل يمكن الوقاية من مشكلات أكبر ، بالإضافة إلى استعداده الطفل لبصره وتقديره العام للمواقف .

فالصراعات النسبية حول مشاعر العذوان مثلاً تعبّر سبباً رئيساً للتوتر والالzمات . ولهذا فإن مساعدة الأطفال في التعبير عن خصوصياتهم بشكل مناسب يختبر أمراً منها . فالأطفال الذين يشعرون بالثقة بأنفسهم ويقدّرهم على التكيف

مع الواقع وتأكيد خواهم بشكل مناسب ، ليسوا بحاجة إلى التعبير عن الغضب من خلال الازمات المعيشية الحسدية لوالدقمة .

ويصبح في هذه الحالة تعليم الطفل عن طريق لعب الدور ، وكيفية التعبير عن الغضب بوضوح وبدون معاذلة للآخرين بشكل منطرف .

٤ - عدم البالقة في ردود الفعل تجاه الازمات وتجاهلها :

عند ظهور الازمات عند الطفل وخاصة في المراحل الأولى لا بد من عدم التصر وعدم العصبية ، وعدم مقارنة الطفل بالآخرين على نحو غير مرغوب فيه .

فردود الفعل البالغ فيها وغير المناسب من شأنها أن تلوي الازمات عند الطفل . كما أن ازعاج الآخرين وغضبيها وشعورها بالقلق يؤدي إلى خوف عند الطفل بالرغم من أن معظم الازمات وقائية وسوف تختفي بدون علاج . بالإضافة إلى ذلك فإن الوالدين يمكنهم منعاً ضد تجاهل هذه الازمات في حالة ظهورها عند الطفل . لأن الاتياء إليها والاضطراب بشأنها والتبرير يؤدي إلى تثبيت ذهن الطفل عليها ، ويؤدي أيضاً إلى تسيتها . ولكن التجاهل لا يعني الإهمال هذه الظاهرة ، فإذا استمرت لبضعة أيام ، لا بد هنا من استخدام أساليب علاجية أخرى بطريقة هادئة و بعيداً عن العقاب . فقد يكون من المناسب عندما تظهر الازمة عند الطفل أن يترك الآخرين الفرقة دون أن يعلقاً على ذلك بأي شيء ، وهذه الطريقة مبنية عندما يكون المدف من وراء الازمة لقت اتباها للحيطين إليها . والنتيجة الجوهرية في ذلك هي أن تصرف يندوه دون أن تظهر عليك علامات الغضب .

و هناك طريقة أخرى يمكن أن تكون مبنية في التغلب على الازمات ، وهي أن تجعل الطفل ينادر المرة عندما تظهر هذه الازمة ، ويندو ذلك مناسبًا عندما تكون الازمة مزعجة جداً للآخرين .

٥ - خفض التوتر والسيطرة على الطفل :

عند ظهور علامات التوتر على الأطفال ، لا بد من العمل على خفضه ، والنظر إلى السبب المؤدي إليه . فقد يكون ذلك عادةً إلى أساليب التنشئة البدعة مع الأفكار التي تلزم على التزام والبسود واستخدام العقوبة .

لذلك لا بد من إبعاد العوامل المؤدية إلى التوتر والصراع مثل : تناقض الأشقاء ، أو الشابيرات الأسرية المتردية . كما لا بد من الباع سلوك أقل ترددًا وأقل استخداماً للعنفية مع الأطفال . فمن المعلوم أن معظم الأطفال الذين تتطور لديهم مثل هذه اللازمات تكونون حساسين جداً وقابلين للامتناع بسهولة ، وفي مثل هذه الحالات أيضاً لا بد من حصول الأطفال على مقدار كافٍ من الراحة ، وعمل فترات من الفدورة في أثناء النهار . ولا بد من تعليم هؤلاء الأطفال بيان مواقف التلقى والتوتر مسيطر عليها ، لأن مشارق الترشيش والعجز تغيبهم ، ولا بد من طمأنتهم بأنهم عبادون ما يؤدي إلى حاليهم من التوتر المرتبط بالتهديد .

كما لا بد عند بداية ظهور اللازمات من تعليم الأطفال كيف يسيطرؤون على تلقهم ، وكيف يسترخون حق يشعروا بالهدوء . وهذه الطريقة مقيدة مع الأطفال التوترين والقلقين بشكل واضح ، وهنا يمكن تدريب الأطفال على كيفية إرخاء العضلات إرخاء تاماً . وفي بعض الحالات التي يجد فيها الأطفال صعوبة في إرخاء عضلاتهم يمكن تدريبهم على أن ياتوا بشد عضلاتهم ببطء ثم يرخوها بعد ذلك ببطء تدريجي حتى تسترخي تماماً ، ويستمرون في حالة الاسترخاء لفترات تزداد طولاً . ويمكن استخدام ساعة الوقف لضبط الوقت مما يساعد في بذلهم ساكنين لفترات تبدأ من عشر ثوانٍ ، ثم تزداد بقدر هشر ثوانٍ في كل مرة لتصل إلى بضع دقائق . ويصبح أن يرافق الاسترخاء تحفيز مناظر سارة حتى تنسى الشعور بالهدوء عند الطفل . وإذا كان بالإمكان معرفة الطروف التي تسبب الحساسية يمكن خفض الحساسية تدريجياً حيث يتم وصف أنواع المواقف التي تسبب التوتر في أثناء استرخاء الطفل ، وفي كل مرة تصف له مناظر تثير التوتر أكثر فأكثر إلى أن يتمكن من الاستفادة بهذه المواقف دون أن يشعر بالقلق . وهذا مما يساعد الطفل على أن يكون أقل حساسية لأسباب التوتر والتي يمكن أن تكون في مواقف متعددة مثل : الحديث أمام الفصل ، أو مقابلة أئمٍ جدد ، أو سلوك مجدلات ، أو اللعب مع الزملاء . . .

٤ - التكاليف ومراتبة الذات :

من الطرق المقيدة في علاج اللازمات في بداية حدوثها أن تكاليف الطفل إذا فُضي قترة زمنية من دون أن يفوتها . ويمكن للأباء والمعلمين وكذلك الأشخاص

الحيطين بالطفل انتاج العقل ومكاناته عندما لا يظهر الازمة لفترة زمرة (قد تكون عشر دقائق في البداية) ، وكلما قل ظهور الازمة زدت الفترة الزمرة ، على أن يقدم التشريح أو المكافحة في نهاية هذه الفترة مثل : « حداً لك تجو لطيفاً وستريحها اليوم » ، وكم هو لطيف أن أراك سعيداً وفي وضع جيد » .

ويمكن أن تكون الإبصارة أو لة الحanan مكاناً غير لفظية عند عدم إظهار الازمة ، وعندما تستمر الازمات فإنه من القيد إثراك الطفل في تعليم كتبية السيطرة على نفسه ، والطريقة القعالية في ذلك « مرافقة الذات » التي نجحت كثيراً في حالة الازمات البسيطة وحالات الازمات المتعددة مثل ازمات (تورت)⁽¹⁾ (Tourette's Syndrome) ، وتحتمد هذه الطريقة على التدريب للعقل بضعة أيام ليصبح واعياً إلى الازمة ويقوم بسجل عدد مرات حدوثها.

وفي البداية يمكن أن يقوم الوالدان والملئون بلاحظة الازمة وتسجيل مرات ظهورها ، ويمكن أن تكون الفترات الماغيرة كمية ما بين ١٠ - ٢٠ دقيقة ، لذا يمكن مرافقة الطفل لمدة ١٠ دقائق وسجل على دفتر صغير كل مرة تظهر فيها الازمة مما يمكن لدينا ذكرة عن مدى تكرار الازمة ، وعندما يعلم الطفل كي يكون واعياً إلى الازمة للوجوهه عدته ومرات ظهورها . فمجرد عدّ مرات ظهورها الازمة يمكن أن يؤدي إلى تناقصها بشكل واضح وإلى اختفائها تماماً . وتصنف هذه الطريقة في حالة معالجة الازمات جديدة الظهور والتي لم يحضر على وجودها أكثر من بضعة أسبوع أو أسبوعين .

٥ - تعلم استجابات مناسبة بدءة :

تعبر هذه الطريقة كما تشير البحوث الحديثة أكثر الطرق فعالية في معالجة الازمات ولو أنها تحتاج إلى جهد أكبر من الطرق الأخرى . وهذه الطريقة تكفل من أشكال التصحيح الزائد (Over correction) . وتتلخص هذه الطريقة في أن يعلم الأطفال تمارسة استجابة تناقص الاستجابة المعاكضة (الازمة) بشكل مباشر ، بحيث تحمل هذه الاستجابة المعاكضة الشخص أكثر وعياً بالشكلة التي

(1) وهي الحالة التي توجد فيها رغبة حضارية وصوت للقطن ، وتبدأ هذه بحركات تناقص حضارات لا إرادي في الرأس ومن ثم تنتشر إلى باقي أنحاء الجسم ، ثم يتم إحداث صوت متكرر مثل تقطيف المخجنة أو الألف أو الصغير أو التغبير ، وأكثرها شرماً هو صوت السعال .

يُعاني منها ، وتكون متعارضة مع المشكلة بحيث لا تحدث هذه المشكلة (اللازمة) في أثناء حلول الاستجابة البدنية أو المعاشرة ، وأن تستمر في البقاء دقائق دون أن يتبه إليها الآخرون ، وألا تتعارض مع النشاطات المعاشرة عند الطفل . وهذا يتم إعلام الطفل بأنه سوف يقوم بمحاكسة سلوك يعمل على تعطيل المعاشرة السابقة لغير ينافسها . وهنا لا يد من عدم استخدام الشكوى أو التزويج إطلالاً .

للمعالجة لازمة أرجحة الرأس مثلاً يتم الإمساك باللسان لمنع حركتها وخشها للأسفل بشكل غير ظاهر بقدر الإمكان ، بحيث يتم إحداث توتر العضلات مع يقظتها في حالة سكون قدر الإمكان . وفي حالة أرجحة الأكتاف تُثبت الأكتاف للأسفل بقوة . وفي حالة رعش العين أو الارتعاش يتم إحداث العضلات المعاشرة للعين أو الحد ، أو أن تقوم بالارتعاش بشكل طرحي ، والاحتلال بالعين منفرجة على سمعتها ما بين الرعشات . وفي حالة أصوات المخجرة المختلفة ، فإن التفس الخادى هو الاستجابة الملازمة ، على أن يقل القم متىً بشكل يسيط ، وتنتمي عارضة التفس الخادى بحيث لا يكون هناك انقطاع لتدفق المفواه دهراً وغروجاً ، وهو شبيه بالتنفس الإيقاعي في أثناء السباحة ، حيث يكون التوقف عن التنفس غير مناسب .

٦- العلاج بالعقاقير : Drugs :

لقد تم وصف عقاقير متعددة لمعالجة اللازمة البسيطة ، بالرغم من أن البعض يرى أنها ذات فائدة محدودة ويخشون من استخدامها . وتتضمن العقاقير المستخدمة ما يلي :

برتوفينوتير (Butyrophosphones) وفينوثيانز (Phenothiazines) وبديل فينيدايت (Methyl Phenidate) ودكسترو أمفيتايم (Dextroamphetamine) والهالoperيدول (Haloperidol) ، وهذا العقار الأخير كان ناجحاً في علاج اللازمات البسيطة واللazمات المصحدة في تلازم « توربيت » . وذكرت التقارير أن استخدام « هالoperيدول » مع الأطفال والمرأة الذين أظهر تحسناً بمقدار ٨٠٪ عند من يعانون من تلازم « توربيت » (شifer ، وأخرون ، ١٩٨٩) .

خامساً : النشاط الزائد Hyperactive : مفهوم النشاط الزائد ومظاهره :

يعرف شيفر (١٩٨٩ ، ص ٦) النشاط الزائد « بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول ». إنه متلازمة (Syndrome) مكون من مجموعة اضطرابات سلوكية ينشأ عنها أسباب متعددة نفسية وعضلية مما :

فالنشاط الزائد عبارة عن حركات جسمية عشوائية وغير مناسبة تظهر نتيجة أسباب عضلية أو نفسية ، وتكون مصحوبة بضعف في التركيز وقلل وشعور بالدونية وعزلة اجتماعية . فالتالي المام الذي يجب الاتباع إيه هو أن النشاط الزائد يظهر من خلال النشاط غير اللائق وغير المرجح بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تسم فعالياته بأنها هادئة ومتوجهة . فكثيراً ما يذكر الآباء بأن طفلها لا يستقر ولا جدأ ، وأنه دائم التجوال في المكان ، حيث يسلك الجدران ، ويتكرر فعله في إثمام الهياكل الموكلة إيه . وقد ذكر في إحصائيات الكلترن أن هناك ما يقرب من ٣٠ % من الأطفال يوصيرون بفرط النشاط من قبل فريم (المجاري ، ١٩٨٧) .

ولكن التقييم المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته ، فالعشوائية في النشاط والسلوك غير المرجح نحو هذف ، وعدم الامتثال للنظام ، مثل نظام الصف ، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن تحكم على النشاط الزائد عند الطفل والتي يعبر من المشكلات اليومية التي تuhan منها الأسرة والمدرسة .

وقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات التالية عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الدنيا . وجدت الإحصاءات أن حوال ٥٪ - ١٠٪ من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد ، وأن حوال ٤٠٪ من الأطفال يحالون إلى هيئات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط .

وليجدير ذكره أن فرط النشاط واسع الانتشار ويعبر لرأياً طبيعياً عند الأطفال عمر الستين إلى ثلاث سنوات ، وهو متشر أيضاً عند الأطفال الأذكياء جداً والذين يميلون إلى الاستكشاف وحب المعرفة مما يعرضهم للانتقاد من قبل الرائدين .

ولهذا يجب عدم التردد والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديه من نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك . فالطفل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولا بد أن يتحرك ، ويلعب ، وقد يسبب الآخرين أحياناً (بدون قصد) ما يجعل هذا السلوك غير متحمل عند الأم المكتتبة ، أو في الأسر الكثيرة الأولاد ، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوراثي المسبق .

ومن لللاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقض تدريجياً مع النور في العمر ويكون أقل بشكل واضح في سن الراعية ، إلا أنه قد يستمر لدى البعض حتى من الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز .

الأسباب :

الأسباب المحمولة في تفسير النشاط الزائد عند الأطفال كثيرة ومتباينة ولكن يمكن إيجادها وتلخيصها فيما يلي :

الأسباب العضوية :

يُصنف الأطفال زائدو النشاط باختراقهم في كل موقف يتواجدون فيه ، ولكن يتميز سلوكهم باختفاء ضعف وقصير المدة (عند لوان) ، وتنشأ في الأفكار ، كما أنهما يظهرون ابتسامة ايجابية ، ويشعران أيضاً بسلوك انتظامي لغير مسؤول . ويكثر هذا الاندفاع عند المصابين بهذه الصرع ، والاضطرابات العصبية ، وعند المتأخرتين عقلياً ، وعند الأطفال الأsons ، والمعيبيين . وهنا يمكن القول بأن المزاج الموروث من الوالدين يمكن أن يكون له دور هام في تفسير هذا النشاط .

كما يعتقد أنّ من يعانون من خلل وظيفي في الدماغ تظهر لديهم حالات فرط النشاط .

كما أنّ فرط النشاط قد ينشأ من الصدمات على الرأس أو نتيجة التسم مثل الانسماخ الدرقي ، وداء رقص سايدنهايم (Sydenham's chorea) .

كما أنّ التسم بالرصاص يزيد من النشاط نتيجة الخلل الذي يحدث في الدماغ . إلا أنّ التأثير السعي تحت السريري بالرصاص لا زال غامضاً وغير واضح (الحجاز ، ١٩٨٧) .

كما ينت دراسات ليها أن الأطفال ذوي النشاط الزائد تظهر لديهم موجات في التخطيط الكهربائي للدماغ غير متقلمة (G. E. E.) ، وقد تكون لديهم اضطرابات في إفراز الـ α -أو درم في الدماغ.

الآباء الذهبيّة:

هناك أيضاً أسباب تقنية كامنة وراء النشاط الزائد عند الاتصال تذكر منها

٢٦٦

أ- الفتق : وهو كثیر الحدوث وظاهر عند الأطفال زائد الشاط ، حيث أن المياح وعدم الاستقرار يظهران في سلوك هؤلاء الأطفال .

بـ - وجود الطفل في مؤسسات اصلاحية لئة طولية والتي يتعكس فيهاً على تكيفه وتوافقه مع الآخرين ، والتي يكون غالباً تكيفاً غير سوي .

د- بالإضافة إلى ذلك فإن معظم الاضطرابات التي تبدو عند الأطفال والتي تكون على شكل نشاط زائد تكون عند من يتمزرون بضعف الذكاء ، والتي يكون متلازماً مع الصدف في التركيز (تركيز الانتباه) ، والتي غالباً ما يتعذر من الإيحاطة التي يصادفه هؤلاء الأطفال في التحصيل الشكلي .

ولكن قد يظهر النشاط الزائد عند الأطفال ذوي الذكاء العالى والأطفال المتعدين ولكن انتشاره يكون أكثر عند الأطفال ذوي الذكاء العالى ، فالطفل الكبير الذى يظهر طاقة مرجحة وهادئة ، وليس شاعراً على وجهه .

الأدب الديني - الاجتماعي :

تعبر الظروف البيئية التي يعيش فيها العقليل من العوامل الشجاعة أو الكبطة للنشاط الزائد أو تفاصيل الحالة لديه ، أو المفرزة لتنمية الشغف المأذف عنه . وهذا يمكن أن نلاحظ عنده أسباب بيئية لغرض النشاط عند العقليل تذكر منها ما على :

أ - سوء العلاقة بين الطفل ووالديه أو بيته وبين الآخرين بشكل عام ، والتي قد ينجم عن صعوبات في تكيفه مع هؤلاء أو حدة طبعه ، مما يترتب عليه ردود فعل مختلفة من الوالدين بشكل خاص والآخرين بشكل عام .

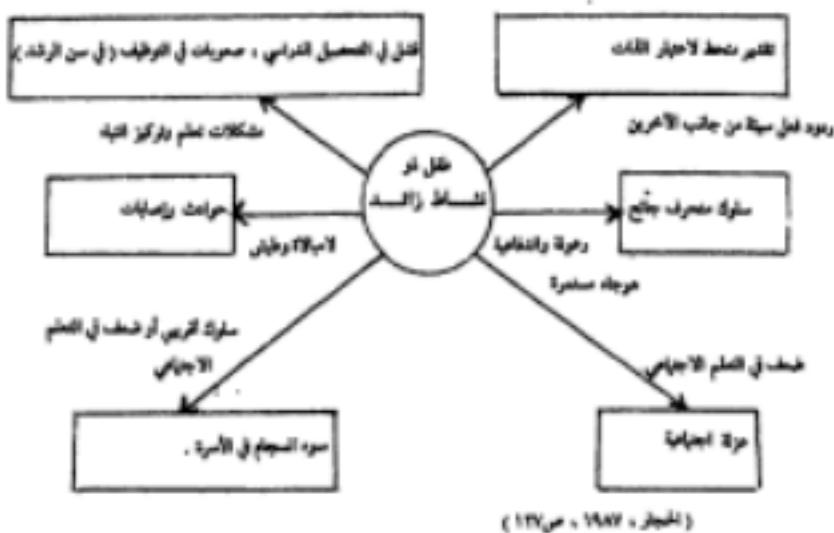
ب - ثم إن العلاقات الأسرية المتركة والتي يكتثر فيها الخصم ، أو قد تؤدي إلى الطلاق يجعل الطفل حزراً ، ويفكر كثيراً في مثل هذه المشكلات مما يشتت ابتعاده عن تكليفة بالهياكل المختلفة ، ويعمله طائشاً لا هدف له من وراء الأفعال التي يقوم بها .

جـ - كما أن الرغب المستمر للطفل نتيجة الخلافات بين الوالدين يجعل الطفل ضحية هذه الخلافات ويزويه به إلى الغروب من مثل هذه الأجراء ، وفي الغالب يصبح طفلاً متهوراً في أفعاله وأقواله ، لأن التوجيه الوالدي غير موجود ، وكذلك التعزيز للسلوك السري غالب ، مما يجعله يقر بنشاطات وأفعال لا يرضي عنها المجتمع .

الأثار المترتبة على النشاط الزائد عند الطفل :

من خلال الشكل رقم (٣) تلاحظ أن هناك الكثير من الآثار السيئة التي تترتب على النشاط الزائد عند الطفل ، فقد تجد عند الطفل تقديراً منحضاً للآباء ، وكذلك غالباً في التحصيل الدراسي ، وسلوكاً منحرفاً جائحاً ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، وسوء الانسجام داخل الأسرة بالإضافة إلى كلية المرويات والإصابات التي يتعرض لها .

شكل رقم (٢) بعض النتائج وتحليل النشاط الزائد النشيد في المدرسة



(المجلد ، ١٩٨٧ ، ص ١٢٧)

طرق الوقاية والعلاج :

يكون النشاط الزائد عند الطفل سرّاً عندما يكون مخصوصاً في موقف معين من الواقع وعندما يكون حاصل الذكاء عادياً ، ولكن هذا النشاط يمكن له تأثير في الشخصية دون أن تصل إلى حد الاضطراب النفسي . ولكن عندما يكون النشاط الزائد معيناً في كل الواقع وشديداً ، وحاصل الذكاء متخفاً ، وفي العلاقة ما يشير إلى وجود الاضطراب في العلاقات الأسرية ، حيث يمكن أن تبين هذه المؤشرات بوجود الاضطراب النفسي عندما يبلغ الطفل سن المراهقة والرشد .

وعل أية حال يمكن القول بعض التدابير الاحتياطية - الوقائية والعلاجية في حالات وجود هذه الاختلالات السلوكية والتي من شأنها التقليل منها أو علاجها في حالة حدوثها . وأهم هذه التدابير ما يلي :

١- بيئة بيئية صحية مناسبة للألم الحادى :

فقد أوضحت الدراسات أن الحالة الجسدية والعقلية للألم الحادى لها تأثير مباشر في مستوى نشاط الطفل وقدره على التركيز .

كما إن إصابة الألم بالأمراض في أثناء العمل أو تعاطيها العقاقير ، أو تعرضها للقلق والتوتر الشديدين والفترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى الشاطر الزائد عند الطفل في السنوات الأولى من عمره .

ولذا لا بد من توفير الغذاء المناسب للألم الحادى ، وإبعادها عن الطفل والتوتر ونحوها من تأثير العقاقير دون استشارة طبية . بالإضافة إلى ضرورة إبعاد الطفل عن الإثارات غير المناسبة (كالصوت المرتفع ، والشجار المستمر ، والمخربات غير الصحية . . . الخ) ، وتجنب التقد المستمر للطفل والعمل على تقبيله وتحمّل ما يحصل عنه من حركات طبيعية من قبل الأهل .

٢- ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادفة :

على الآباء والمربيين ضرورة تعليم الطفل نشاطات هادفة ، من خلال التعزيز الإيجابي للسلوك البناء الصحيح ، والثناء على أي إنجاز يحققه الطفل في سنواته الأولى بما من شأنه أن يقوّي السلوك الصحيح الفعال .

بالإضافة إلى ذلك فإنّ الطفل يتعلم من والديه وأخواته الكبار هذه النشاطات البناءة الفعالة عن طريق القدرة ، إذ أن مستوى نشاط الأهل ومدى فعالية نشاطهم يمثل عموداً يحمله الطفل في سلوكه من خلال الملاحظة لسلوك الأهل .

كما يرى شيفر (١٩٨٩) أنه يمكن للوالدين توضيح كيفية استخدام اللغة كموجه للسلوك المألف مثلاً (يجب أن التهيب من هذا وبعد ذلك سأستريح) ، كما تستخدم اللغة أيضاً كذلة للمتابعة الذاتية مثلاً (هلم يتم إهلازها بشكل مناسب ، لذا على أن أصلحها) .

٣- التعزيز النفطي للسلوك المناسب :

عندما يقوم الطفل بأي سلوك هادف لا بد للوالدين من إثابته بشكلٍ فعالٍ ومتاسبٍ وسرعةٍ مثلاً : (دالع لمن قدّمت بهذا النشاط على غير ما يرام) .

وعندما ينجز الطفل الأفعال الموكّلة إليه لا بد للوالدين أن يظهروا الارتباط والسرور لهذا الإنجاز . ولذا يمكن للوالدين تحديد الأهداف اليومية للطفل ، واستدراجه في جهوده بهذه لتحقيق هذه الأهداف مثلاً : لقد حاولت ما يرسّعك أن تكون هادئاً هذا اللّي ، وروضّها للطفل مني التحسن الذي أملأه فيا يتعلّق بالهدوء والنشاط المخالف . ولا مانع من أن يهدى الوالدان الطفل بتقديم المكافآت في حالة تكرار السلوك المأهلي والمأذن به والرغوب فيه . ولا مانع من أن ينجز الوالدان تسجيل تكرار السلوك المأهلي ، الذي يظهر عند الطفل ويعزّزه السلوك بعد كل عدد معين من هذه التكرارات ، بالإضافة إلى حسارة معينة نتيجة ظهور النشاط الرائد غير المخالف . ويمكن للذك بالتعاون بين البيت والمدرسة استخدام نظام النشاط مع الأطفال ذوي النشاط الرائد وتقديم التعزيز بعد حصول الطفل على عدد معين من هذه النشاط مثلاً^(١) :

السلوك	ما يحصل عليه الطفل
- لا يترك مقعده دون إذن .	- نقطه واحدة لكل عشر دقائق .
- يكمل المهام .	- نقطتان من كل واجب قام بهاته
أو عمل أثياء دون مساعدة أو تركيز	

٤- أن تكون التعليمات الملقنة للطفل واضحة :

عند تقديم التعليمات للطفل من قبل الأهل ليقوم بعمل ما يلاؤه بدأً أن تكون هذه التعليمات واضحة لتعريف الطفل ما هو المطلوب منه بالضبط ، بالإضافة إلى وصف السلوك المرغوب بشكل واضح ودقيق مثلاً : « إنّ عدم الاستمرار في هذا العمل قد يعرّق إنجازه في الوقت المحدد » أو « عندما تشعر بالتوتر تنفس بعمق وانتظر من النافذة فسوف تهدأ ثانية » .

(١) شيفر ، شازلز ، وعوايد ميلان : مشكلات الأطفال والراهقين وأساليب المساعدة فيها ، ترجمة نزيه حلبي ، ونسمية دايزون ، الجامسة الأردنية ، ١٩٩٩ .

وقدماً فإنَّ معرفة الطفل ما يريده الوالدان وإمكانية التأثير بذلك يشعر الطفل بالأمن والهدوء . ولذلك يجب على الوالدين الاتفاق مبادياً على أن تكون استجاباتها للطفل متواقة ، وعندما ستعلم الطفل أنَّ الاستجابات المرجوة من كلاً الآباء سوف تتبع السلوك المألف غير العشوائي .

كما أنه منضروري تجربة الطفل قبل الإقدام على العمل بالأسلوب جيد يساعدنه على التركيز على نشاط محدد . مثلاً قبل الدخول إلى عمل تجاري يمكن للأب أن يقول لابنه « عليك أن تبقى معى ، وسوف تلاحظ بأنَّ هناك إزدحاماً وضجيجاً ما ، ولكن هذا لا يعنيك عليك أن تبقى هادئاً ، ولا يسمح هنا بالصراخ أو فعل أي شيء قبل شرائه ... إلخ » .

بالإضافة إلى ذلك لا بد من تقليل المشتتات الموجودة في غرفة الطفل ، وأن تختفي أماكن الأشياء في غرفته (وخاصة المصخار منهم) ، ووضع أشياء على الأشياء الموجدة في الغرفة .

٥ - ضبط السلوك من خلال المرآية الذاتية :

إن حدوث الطفل مع نفسه من الطرق التعاملة في السيطرة على النشاط الزائد ، فبدلاً من أن يصرخ الطفل بشكل غير هادف يمكن أن يغير نفسه مادام يحب أن يفعل بصوته مرتفع لولأ ، ثم يصمت فيها بعد كأن يقول لنفسه : « أريد أن أهي هذا العمل ، لذا يجب عليَّ أن أنتهِ ، وسوف ألعب فيها بعد » ، ويمكن تذكيره قبل القيام بالعمل بالقول : « قف وذكر » أو « ما الذي كان عليَّ أن أفعله » ... إلخ .

٦ - العلاج الدوائي :

يكون الطفل الزائد النشاط أحياناً ضعيف التركيز في الأثناء ويمارس من شروره في النهار ما يجعله قليل النجاح في أي عمل يكلف به ، وتكون الجهود العلاجية بالتعليم قليلة النجاح . ولهذا لا بد من العلاج بالأدوية .

فقد أثبتت الدراسات أن أفضل دواء لعلاج النشاط الزائد عند الأطفال هو ميثيفينيدات Methyphenidate بروبيونيك مقداره ٢٥ - ٥٠ ملجم / كغم من الجسم ، أو أي دواء مماثل له من الأدوية النشطة للجمعة العصبية مثل : بيمولين Dexamphetamine أو دكسامفنتامين Pemoline . فقد أثبتت التجارب أن

المعالجة التجريبية يمثل هذه التشططات لمدة ٦ - ١٢ أسبوعاً أظهرت تحسناً واضحأً على سلوك المصابين سواء في مستوى الإدراك والسيطرة الحركية أو في درجة تركيز الانتباه في الأفعال المذكرية (الخجاج ، ١٩٨٧) . ولكن هناك عناصر من استخدام التشططات العصبية وأثار جانبية لها ومن ضمنها : سعف الدايبولية للطعام ، والأرق ، واضطرابات النوم ، وعدم الاستقرار النفسي . كما أن المقاوم العالية من التشططات العصبية الضابطة للسلوك والمحسنة للأداء قد تحدث خلافاً في تركيز الانتباه .

أما وصف المهدئات النفسيه من صنف البيزوديبيازين Benzodiazepine فلا بد من تقييمه نظراً لعدم فائدتها عند معظم الأطفال ذوي النشاط الزائد .

أما المهدئات القوية مثل : الكلوربرومازين ، والمالورين بدول Haloperidol فلها تأثير جيد في ضبط النشاط الزائد عندما تفشل المعالجة بالتشططات العصبية ، وغالباً تكون المقاومات الدوائية القليلة هي الأفضل (٢٠ - ٠٨ - ٠٠ ملغم / كغ من وزن الجسم) في دواء هالورين بدول (الخجاج ، ١٩٨٧) .

ولتكن مهياً كانت فعالية المعالجة الدوائية فلا بد من استخدام العلاج النفسي الأسري في حالة اضطراب النشاط السلوكي عند الطفل .

الفصل السابع :

مشكلات السلوك اللااجتماعي عند الأطفال

- مقدمة .
- أولاً : السرقة
- ثانياً : الكذب
- ثالثاً : التمرد أو العصيان
- رابعاً : العنوان .

الفصل الرابع

مشكلات السلوك اللاجتماعي عند الأطفال

— مقدمة :

إن السلوك الاجتماعي يضع الطفل في حالة صراع مع المجتمع ، والتي قد يتغير ويتطور من خلال المجتمع الذي يفضل أحياناً التناقض على التعاون ، والثانية على الغيرية . فالطفل تكون لديه حالة الطرق المنشطة للصرف إلا أنه بحاجة إلى أن تكون لديه النافعية للقيام بها . فقد ثبت أن الاستخدام الشروط للمكافآت والعقوبات ، والتجاهل والسلبية للسلوكيات الاجتماعية المزعجة هي أساليب فعالة في خفض التصرفات الاجتماعية « السرقة ، الكذب ، العنوان . . . » فقد دلت الدراسات أن الأمر المنشطة أو قد أحد الوالدين لفترة طويلة يؤدي غالباً إلى سلوكيات لا اجتماعية عند الأطفال لأن ذلك يعني قطع علاقة هامة جدأ ، ولا يعرف الطفل كيف يتعامل مع ذلك إلا بالهروب ضد المجتمع .

فالطفل الذي يشر بالبروس الناتج عن فقد أحد الوالدين يلجأ أحياناً إلى القيام بسلوكيات لا اجتماعية مثل : السرقة أو الاتساع .

كما أن الآباء الذين يغضون أبصارهم أو يغفرون السلوكيات الاجتماعية يتأسون أنهم يهدون الطفل لخط الحياة جائحة .

بالإضافة إلى ذلك فإن وصم الطفل أو تصنيفه على أنه « منحرف أو سسي » يسبب سلوكيات لا اجتماعية مختلفة مثل : سرقة أشياء تائفة تعم هذه مفهوماً سالباً عن الذات ، وما إن يرى الطفل سلوكه سلباً حتى يستمر بالاتساع وفقدان هذه الطريقة ويرجح عن الآخرين الذين يحسون بهذا السلوك ليزامل معهم .

ولذا لا بد من عدم المبالغة في ردود الفعل تجاه هذه الأفعال التي يقوم بها الطفل ، ولا بد من السيطرة على التفاعلات وعدم أخذ هذه السلوكيات على أنها مؤشرات بأننا آباء فاشلون .

ومن المفضل عند حل مشكلات الطفل أن نختار سلوكاً محدداً سيئاً لمعالجه ونكون هذا السلوك الأكثر حدوثاً عند الطفل ونعمل على معالجه وأن تكون مزمنة في ذلك وأن تكون للبنا النية الصادقة في تغليس الطفل مما يعانيه من سلوك لا إيجابي .

وفيما يلي سوف نتطرق إلى أهم مشكلات السلوك اللاإيجابي والتي يكتنف تلاؤها عند الأطفال بشكل خاص وهي :

أولاً : السرقة Stealing:

مفهوم السرقة وظواهرها :

تُعتبر السرقة عند الأطفال من المشكلات الاجتماعية الخاسرة التي تنتظم الواقع عندها ، والتعرف على الواقع الأساسية الكامنة وراءها ، لأن تأمل هذه المشكلة عند الأطفال قد تدفعهم مثلياً إلى ارتكاب الخطأ جسمة تثير في المجتمع ، وفي نظر الآخرين إياهم ، وعلاقتهم الاجتماعية بالآخرين ، وقد تتطور لتصبح مرضًا بحد ذاته من الصعب للفرد أن يخلص منه بسهولة . وقد عرف ياسين (١٩٨٨ ، ص ٤٨٠) السرقة بأنها « العدوان المتعمد أو غير المتعمد على ملكية الآخرين » .

فالسرقة مشكلة اجتماعية تظهر على شكل اعتداء شخص على ملكية الآخرين يقصد أو يدونقصد بغيره امتلاكه شيء لا يخصه . وحق يوصف هذا السلوك بأنه سرقة لا بد أن يعرف الطفل أن من الخطأأخذ الشيء بدون إذن صاحبه .

والسرقة قد تكون نوعاً من الاستسلام للتربع أو رغبة مؤقتة أو هجارة لمجموعة من الناس أو قد تكون اضطراباً نفسياً يقوم بها الطفل العصبي . فالسرقة عند الفرد غالباً ما تكون صفة مكتبة يتعلّمها الطفل من معاشره للآخرين وتفاعلاته معهم كي يحدث لاملاط السلوك الأخرى .

فالطفل إذا لم يدرِّب في إطار الأسرة على التفريق بين ما يخصه وبين ما يخص الآخرين فإنه من الصعب أن يتوقع منه أن يكون أكثر حسراً بين ما يحق له وما لا يحق له خارج المزبل . وسرعان ما يتعلم الطفل يخبره أن كثيراً من الأشياء غرامة عليه ، غير أنه لا يدرك الأسباب التي أدت إلى هذا التحريم ، ولذلك فإن المخوف

من العقاب ومحظوظ الوالدين في مطلع حياة الطفل هو السبب الذي يمنع صحة الأطفال من السرقة . ولكن السرقة تحتاج إلى مهارات عقلية وجسمية تساعد الطفل عليها إذا ما توفرت لديه الرغبة في ذلك . ومن هذه المهارات : «سرعة حركة الأصابع ، وخطرة الحركة العامة ، ودقة الحواس من سمع وبصر ، والقدرة على الكاتبانية ، ووفرة الذكاء العام ، ودقة الملاحظة ... إلخ » .

والسرقة البسيطة كبيرة الشروع عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة والوسطى وتبلغ ذروتها في حوال ٥ - ٨ سنوات حيث تغلي بعدها إلى التناقص مع نمو القسم . عند الطفل وابتعاده تدريجياً عن التصرّف حول الناس .

والسرقة العادية إذا استمرت بعد سن العاشرة من العمر ، فإنها تدل على وجود اضطراب اقتصادي خطير عند الطفل وهي بحاجة إلى مساعدة متخصصة فورية . فقد حلت الدراسات أن حوال ٢٥ ألف طفل في أميركا يتجاوزون سنواً إلى محكمة الأحداث بسبب السرقة (شيفر ، وأنغرون ، ١٩٨٩) .

لما السرقة التي تحدث دون سن العاشرة من العمر وتكون لمرة واحدة فقط فلا يمكن أن تتعلق عليها الكثير من المخاطر ، لأن الأهمية المرغوبة لمشكلة السرقة تكون في تكرارها .

فيرو عيسى (١٩٨٨) يأن هناك اختلافاً في نوعية وكيفية السرقة عند الأطفال (ذكور وإناث) ، ولكنها تتشكل حوال ٧٠ % من أمهال النجف لكل من الإناث والذكور . وهذه النسبة تكفر عن الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل امرأة (١٠ / ١) .

أسباب السرقة :

قد يسرق الطفل الصغير لأنه لا يكون قد وصل إلى مرحلة من النمو العقلي والاجتماعي والتي تمكنه من التمييز بين أملاكه وأملاك الآخرين ، وأن الآخرين ملكية خاصة لا بد من أن تُحترم . إن مثل هؤلاء الأطفال يهدون صعوبة في التمييز بين الاستهلاك والسرقة ، فالسرقة ليست إلا سلوكاً يعبر عن حاجة تالية . وهذا يمكن أن تكون أسباب السرقة مباشرة وقد تكون غير مباشرة . كما قد تكون من أجل إثبات حاجة جسمية أو نتيجة لعوامل نفسية بيئية .

ويمكن إيجاد أهم أسباب الداعية إلى السرقة فيها على :

- ١ - قد تكون السرقة دوافع مباشرة ظاهرة ، فقد يسرق الطفل نتيجة الحاجة المادية وبنك يسبب الحاجة الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها . فالطفل يسرق لشراء بعض الأشياء التي يرغب فيها ، وهذه السرقات قد تكون نفرداً أو سلماً ، أو يخطف أطعمة من العربات أو المحلات التجارية . فالسرقة تكون هنا نتيجة للحرمان الذي يعانيه الطفل . وقد تظهر دوافع السرقة في هذه الحالة نتيجة وفاة الوالد ، أو عجزه عن مساعدة الأسرة مما يجعل الطفل يتجه إلى السرقة لسد كفافه وكفاف أسرته .
- ٢ - قد تكون السرقة عند الطفل لتعريض الشخص بالقص ، وتدنيهم احترام الذات والدونية . فالطفل يسرق ويعطي الآخرين لبيت لهم رجله وكفاهه من خلال إشعارهم بأنه قادر على مجازفهم في الثغرات . كما يستمتع بعض الأطفال بالسرقة لوجود حس المخاوف والاستارة فيها ، أو لإثبات هروبة خاصة ، كما يسرق الطفل من منزله ليعطي زملاءه بالمدرسة مثلاً ، لأنه يرى أن إعطاء مثل هذه الحاجيات المادية للزملاه تجعله مقبولاً عندهم ، ولذلك مكانة الاجتماعية كذلك .
- ٣ - كما أن الطفل يدافع للاشعوري للانقسام من أحد والديه ، بسبب فقدان المعلم أو الحرمان الذي عانى في الأسرة وهذا يربه بسلوك السرقة عن كراهية وعدوان لوالده . كما قد تكون السرقة يدافع الانقسام من الآخرين للأخذ بالثار . فالسرقة كثيراً ما تستخدم كطريقة لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي أو وهي يلحق بالطفل أو ينبلج إليه أنه خلق به ، فهي مواجهة انتقامية ، وتعريض للمعلم الذي حرم منه .
- ٤ - قد تكون السرقة تعريضاً رمياً للذباب الحب الوالدي أو الاهتمام أو الاحترام لو المؤدة ، أو بسبب ترك أحد الوالدين للبيت أو وفاته . فقد أكدت الدراسات أن الكثير من حالات السرقة عند الأطفال تكون نتيجة لنشوة أسرية سيئة والتي كثيراً ما ترسم بالبيت النام للطفل .
- ٥ - كما يمكن أن تكون السرقة عند الطفل نتيجة للقدرة السيئة من الأطفال الذين يمارسون أسلمة السرقة - الخفية في المزبل أو في المدرسة أو المجتمع . كما أن اختبار الطفل لنموذج سُوء للاختباء به قد يؤدي إلى التوحد معه .
- ٦ - كما تدفع الخبرة بالطفل إلى السرقة ، وقد يكون ذلك بطريق غير مباشر قد

تجهله إلا إذا استطعنا فحص الموقف ودراسته بدقة . فالطفولة التي تسرق حاجيات غيرها من الأطفال سواء في المدرسة أو من بيروت زميلتهااكتشف أن هؤلا والزميلات كن يعرضن ما يشترينه من جديد من الألعاب ويتذمرون به ألم هذه الطفولة مما جعل النيرة تتحمّل في نفسها ، وتعمد إلى اخلاقن حاجيات زميلتها وتحطيمها دون الانقطاع بها . فالطفل لا توجد لديه إلا درجة احتفال مُتدنية في مواجهة الإيجابيات وتحت مسؤولية في مقاومة الإغراء .

٧ - وفي بعض الأحيان تكون السرقة مرتبطة بنوع التوتر الداخلي وبنوع من أنواع الصراع العقلي عند الطفل ، مثل الاكتئاب ، أو الغيرة من ولادة طفل جديد ، أو الغضب ، مما يحوله بمحض استعادة الشعور بالارتياح من خلال السرقة . فالسرقة التي يقوم بها الطفل العصبي دليل على نقص الحب والدافع إليها لأشعوري .

٨ - الحالات البوابية ، والأفلام التلفزيونية والتي يعرض فيها ملائج من حالات السرقة والسطو يمكن أن تجعل الطفل يُعجب ببعض الشخصيات ويقللها في أعمال السرقة وتقلل لديه الأعذار والمبررات لذلك .

٩ - قد تكون السرقة نتيجة للإحباط في الدراسة أو الشعور انتقامياً لطاقة زائدة موجودة عند الطفل لم تجد التفسير الطبيعي لإشباعها .

١٠ - الافتقار إلى الشّيئات الاجتماعية الصحيحة ، وغياب التوجّه في الأسرة ، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة أو مثل على ، مما يجعل الطفل في ضياع وتفكك ودليل إلى الانحراف وقد تكون السرقة أحد السبل التي ينخرط فيها .

١١ - كما ينبع الطفل إلى السرقة نتيجة وجود النساء والخربان والعناب لـ التدليل المطرد داخل الأسرة . فالأسرة المتصدعة والسلوك المعرف من قبل الوالدين يؤدي إلى الشعور بعدم الأمان وعدم الاستقرار عند الطفل مما يؤدي إلى سلوك غير منكيف وهو الجسر إلى السرقة .

الوقاية والعلاج :

إن العلاج الفعال للسرقة والوقاية منها يكون بالبحث الجاد عن الأسباب المزدوجة إليها ، والتأكد من أن حالات السرقة مازلة أو متكرزة ، والتعرف على

طريقة السرقة ووظيفتها ، والصفات الشخصية للسارق ، ويمكن تلخيص أعم
طرق الوقاية والعلاج لهذه الظاهرة فيما يلي :

١ - العمل على غرس احترام ملكية الغير عند الطفل ، وإثياع حاجاته الذاتية
دون تقصير أو إسراف ، وتقديره على احترام الملكية الجماعية مع استخدام
أسلوب التواب والعقاب ، مع الأخذ بعين الاعتبار ضرورة احترام ملكية
الطفل وإثياع ميله إلى التسلك . فالأشخاص الذين ارتكبوا السرقة ينادجون
إلى إشراف مباشر من قبل الآباء والمعلمين بحيث كلما قاموا بالسرقة كان
احتياج اكتشاف الحدث غالباً .

٢ - عند حدوث السرقة من قبل الطفل لا بد من اتخاذ الإجراء القوري
للتاسب . فبدلاً من تجاهل الوالدين لما يحدث عند الطفل أو التقليل من
 شأنه ، يمكنهما أن يتخصصا وقتاً كافياً لفهم سلوك الطفل هذا ومواجهته
وتصحيحه . والطريق في تصحيح ما حدث يكون بالتعريض عن ذلك
الشيء إما بإعادته إلى صاحبه أو بدفعه بغير من إتال لشرائه بدل عن ذلك
الشيء مع الاعتبار .

وإضافة إلى الطلب من الطفل التعريض عما أخذ أو بإعادته إلى المكان
نفسه الذي أخذ منه ، على الوالدين مواجهة الطفل لفظياً « بعد أن جداً »
يمخاطر هذا السلوك ، وأن يفسراً للطفل لماذا يعتبر هذا العمل غير مناسب ،
ويبيتاً له أنها لا يقبلان هذا السلوك ، ويسماها مثل هذا التصرف
« سرقة » دون استخدام تعبيرات أخرى . ولا بد أيضاً من مواجهة الطفل
بأن هذا التصرف هو هدر للملكية الخاصة للآخرين ، ومن للتاسب أن
لظهور له أنك تفهم دوافعه وذئني المواجهة . من خلال التعبير عن عيوبك له
وتوقعاتك الإيجابية منه . وفي الحالات التي يشكوك منها الآباء والمعلمون بأن
الطفل سرق ولكن دون التأكيد من ذلك يمكن في هذه الحال التزول :

« س : أنا لست متأكداً من أنك أخذت نقوداً من « ص » ، ولكن إذا
كنت قد فعلت ذلك لأنك شعرت بحاجة حقيقة إليها ، وإذا كان بإمكانك
إعادتها فسوف أكون فخوراً بك ، بل أهن من أن أكون فخوراً بك وأن
تكون أنت فخوراً بنفسك عليك أن تعيش مع نفسك ، ونكون سعيداً
بذلك وسوف يكون من الصعب القيام بهذا إذا لم تكون أهيناً ومنصفاً للناس

الآخرين ». وفي الغالب سعيد الطفل الذي « السرقة بعد عدة أيام بعد مثل هذه المحاجة .

٣- لا بد من تحديد ما الذي حققه الطفل من خلال السرقة ، بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت ؟ فالطفل لا تكون لديه إجابة مقبولة ، وهذا ملابس من فهم الدوافع الرئيسية الكامنة وراء سرقة الطفل ، وهذا فقد تكون الواقع وراء ذلك : حزمان عاطفي أو عدم التفجع « عدم القدرة على تطهير عاكمة أخلاقية » أو حب الاستثارة وحب الظهور ، أو القدرة من الوالدين أو الزملاء . وهذا لا بد من العمل على التباع وغياته الاتجاهية بطريقة تربية وتربيه وتربية المجتمع .

٤- عدم البالغة في الاستجابة لسلوك « السرقة » عند الطفل وضبط الاتصال والاتساع بهدوء وحكمة : فعل الوالدين أو المعلمين عدم البالغة في الخطأ عندما يتعاملون مع الطفل السارق وعدم اعتبار السرقة بذاته فشل شخصي . ويمكن التصور عن عدم الرضا بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والاتصال الزائد يجعل الطفل يشعر وكأنه هجر .

عندما تصف الطفل بأوصاف سلبية ، قد يجعل الطفل مستعداً بذلك على حق و يؤدي إلى شعوره بالذنب والعار و يؤدي إلى إضعاف العلاقة بالطفل . فالاتجاه الشائب هو أن يكون الفرد عقلانياً في مواجهة الطفل السارق ، والبحث عن جميع المفاتن والأسباب الكامنة وراء حدوث السرقة . وعلم إلال الطفل وإهاناته ، والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصرامة و موضوعية وفهم .

٥- تعمير الطفل بالنتائج الاجتماعية والشخصية التي تربى على سمعته بين الناس ومستقبليه ونجاحه في الحياة مع استخدام التحليل والإذنار ، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية .

٦- عدم تفضيل الأخيرة أو التلاميذ على الطفل صاحب المشكلة روضته في خبريات عائلية ومدرسة عائلة ومتكلمة الفرس .

٧- لا بد من تحصيص دخل مختلل للطفل : فقد أكدت الابحاث أن الطفل الذي ينورط في سرقات صغيرة يميل إلى أن يكون قد نشأ في بيت يتعامل

حاجاته المخالفة لرغباته ينبع من ذلك انتهاك معايير كثيرة من التقويم .
فهي من المدرسة لا بد من تخصيص مصادر دخل معتاد ومعتاد كمصدر وثيق
للتقطل .

٨- ضرورة توازن القناعة الحسنة في سلوك الراشدين وتحديث افهامهم الإيجابية
والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل وضوح ليتمكن ذلك على سلوك الأطفال
ويكتنعوا ويتمسكوا بها .

٩- تعزز الطفل مبكراً على الأخذ والعطاء مع الاحتفاظ بالملكية الخاصة وتنمية
شعوره بهذه الملكية ضمن المحدود المعقولة بعيداً عن الجشع والأنانية .

١٠- العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق ، فالإنسان السعيد لا
يسرق فهراً ولا يستمرار .

ولمجرد عادة السرقة عند فرد ما يجب أن نسأل :

ـ ما هي خلية الفرد ؟

ـ هل نشأ في منزل سعيد ؟

ـ هل يشعر بالذنب من اللعب بأعضاءه التناسلية ؟

ـ لماذا لا يحترم والديه ؟

ـ هل يشعر بأن والديه لا يحبانه ؟

(منصور ، ١٩٨١) .

ثانياً : الكذب : Lying

مفهوم الكذب وظاهره :

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وربما غش أو
خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة .
فالكتاب عادة واقعه غير سوي يكتبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها .
والكتاب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير صحيح يتعين عنه الكثير من لشكارات
الاجتماعية . بالإضافة إلى أنه يعود الطفل على هذا السلوك شيئاً كذلياً . ولكن
الكتاب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والذين قد يكونون يحكمون مرحلة النمو
التي يعرون بها . فالطفل يكتسب رغبة منه في جلب انتباه الآخرين .

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع ، مما يجعلهم غرفة للواقع في الكتاب . ويتشتت الكلب عادة بين الأطفال دون الخامسة ، والكلب عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالة عارضة ومتلازمة . وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقوى تؤثر في سلوك الطفل . أما الكلب عند الأطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكلب اللاجتماعي (antisocial) . حيث يتم الكلب عن قصد ليني العقل عن نفسه عمدة ، لو ليدفع عن نفسه عقوبة لو ضررها ما ، أو للحصول على مكافأة ، أو ليرجع من قدر الآخرين ، لو للاتمام نتيجة الشعور بالغيرة . فالأطفال ينظرون في مستوى توجه الأخلاقى وفي فهمهم للصدق ، حيث أن صدق الأطفال هو صدق النظرى . ويفير باباجيه (Piaget) بين ثلاث مراحل لمحنة الأطفال حول الكلب⁽¹⁾ . وهذه المراحل هي :

المرحلة الأولى : يعتقد الطفل بأن الكلب خطأ لأنه مرضع تم معاقبته من قبل الكبار ، ولو تم إلغاء العقاب لاصبح الكلب مقيولاً .

المرحلة الثانية : يصبح الكلب شيئاً خاطئاً بعد ذاك ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة .

المرحلة الثالثة : الكلب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام للتبادل .

ولمرة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية :

ـ لماذا يتعذر ذكر الأكلاب خطأ ؟

ـ هل يمكن مناسباً أن تكتب إذا لم يعلم أحد ولم يتم يعاتب على ذلك ؟

والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكتنون عندما يكتونون في المرحلة الثالثة (أصغر سنتين) ، وفي المرحلة الثالثة يستمر حوالي ثلث الأطفال من عمر 12 سـ بالكلب ، والكلب قد يأخذ أحكاماً مختلفة منها :

(1) شيلر ، شلارز ، وآخرون ، ترجمة نسمة دائزون ، وتنمية عقلي ، جبلة ، 1989 .

كتب التقليد ، والكتب الخيالي ، والكتب الذي يكون خلطاً بين الواقع والخيال ، والكتب الادعائي أو المرضي ، والكتب الغرضي أو الآثاري ، والكتب الانثري ، والكتب النظائي ، والكتب العناجي وغير ذلك من أنواع .
وذلك لأنواع من الكتب أسباب ودوافع تكمن وراءها .

أسباب الكذب :

من خمسة أسباب الكذب ما يلي :

- ١ - تقليد سلوك الراغبين : فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيدة سواه في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كلب العذري) (السيد المحيط ، ١٩٨٣) . فمن المعروف أن العقل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحبيين به ، فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدوهم في ذلك ، أما إذا ثنا في بيته تقوم على المداعع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين ، فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين .
- ٢ - يكتب الطفل للهروب من النتائج غير السارة ، أو لفشلها في تحقيق النجاح ، وخرفها من العقاب أو توقع وقوفه . فالعقاب إذا كان مطرداً فاسداً لا يناسب وما يطلب الموقف الذي تلى الخلاص الكذب وسيلة للرقابة (الكذب النظائي) ، ولكن الكذب كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه .
فالأطفال كثيراً ما يندفعون في استخدام الكذب كسلاح غربيزي لوقاية أنفسهم من العقاب ، أو إذا لبت للطفل أن الأمة والصراحة لا تساعدهما في التخفيف من العقاب .

- ٣ - كما يكتب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص ، فهم يلجأون إلى ذلك الأسلوب تعبيراً عن عجزهم وقصورهم عن التوازن مع زملائهم ورغبة في تأكيد ذواتهم . فالطفل يلجأ في سهل المفاجرة بقيمة الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدورها فيها . كما ينسج الطفل تصصماً عجاليه تكون عصرياً لها ملقطة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره تماماً . فالطفل يكتب ليكتب ليكتب

انتفاء الوالدين ، وكثيراً لا شعوري لإشعاع حاجته إلى الأمان والمحصول على

حفل الالدين .

- ٤ - العبرة في المعاشرة : فقد يزوي فلان الوالدين على أطقم ، والشدد في تشنفهم على الصدق ، حيث يدققون في كل عبارة تصدر عنهم ، والتشين عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم ، تزوي بالطفل للجوه إلى الكتب كمحاولة للظهور بالظهور الذي يرغبه الوالدان . كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره ، ثم تغير أسلوب المعاشرة بعد ذلك مما يشعر الطفل أن الأمر السابق « التدليل » قد تغير . وهذا ما يروقه الطفل . يدفعه إلى التزلف والكتب المرضي بعية العودة إلى ما كان عليه (الكتاب الادعائي) .
- ٥ - المجتمع تأثير كبير في الطفل ، حيث يدرب أجيالاً على المواربة والاتفاق الاجتماعي واتحالف الأعداء الواجهة والتجال بوسائلها ، وإسقاط اللذب على الآخرين ، والغروب من المسؤولية والواجب . فإذا نظرنا إلى الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوهها إليه ، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق ، أما إذا سمع الطفل أحد أبيوه مراراً يشكك في صدق الآخرين ، أو شاهد أنه تخلص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء الرض ، أو إذا اشترك أحد الآباء في خداع الآخر ، أو إذا تم وعد الطفل عنة مرات دون الوفاء بذلك ، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكتب المكرر .
- ٦ - كما يكتب الطفل أجيالاً كرهاً في تحقيق غرض شخصي ، كان يلعب الطفل إلى أبيه ويطلب منه التقد مدعياً أن والدته أرسله لإحضار ذلك لقضاء بعض المخواج ، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه التقد لشرائه بعض حوالجه هو .
- ٧ - كما يكتب الطفل أيضاً ليتهم غيره باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء معاملتهم . وينتشر هذا النوع من الكتب الانتفاعي نتيجة الذيرة التي يشعر بها الطفل ، أو نتيجة عدم السماوة في المعاشرة بين الأبناء .
- ٨ - كما أن صغر عمر الطفل وعدم مقدراته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يزوي به إلى ذكر بعض الأمان والرغبات والإقصاص عنها بطريقة عكسته التتحقق . وهذا النوع من الكتب مرتبط بالناشئة المفرالية والأسطورية ، والتي تكون قد تكونت نتيجة ذكر بعض الشخص المخالفة من

ابعد أو الأب قبل ذهابه إلى النوم مثلاً . فخيال الطفل قوي للدرجة تجعله أقوى من الواقع نفسه . فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال وتلبيس عليه الآخر . ويتجه عنده تدريجياً في التفهم ، وصعب التفريق بينها (الكلب الخيالي ، أو الافتراضي) .

٩ - درري Breckenridge (في العิروي ، ١٩٩٠) أن بعض الأطفال يكتسبون على سهل المذهب ، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كل منهم في التعبيرين ، ويشعرون بالسرور لذلك .

١٠ - بالإضافة إلى ذلك فقد يكتسب الطفل بداعم الولاء لطفل آخر ، وذلك رغبة منه في تقليله من مشكلة أو ورطة معينة . فالطفل هنا يقع في صراع عندما يتعارض شعوره لأصدقائه مع مبدأ الصدق .

الوقاية والعلاج :

١ - يحتاج الكلب إلى علاج تضي في عمر مبكر من سن الطفل ، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملائمة لحياته . ويقوم الطفل بالبالغة والتهليل والاحتفال بالألوان وتلقيق التهم هنا وهناك ، الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبيه أو أفراده ومحليه ، مما يولد عنه حلم حي واحترامه من قبلهم ، وهذا بدوره يفقد مكانته الاجتماعية .

٢ - لا بد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكلب والعمل على تجنبها مع إعداد نظام تربوي « سلوكي » للطفل تعطيه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل . وهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير للذاته ولا ينبع به ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة ، ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة ، كما يجب أن تحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى ، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته .

٣ - لا بد من تعليم القيم الأخلاقية للطفل : Teach Moral Values . لا بد من التأكيد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومقيد للشخص وللآخرين . فالاحترام المتبادل والثقة ترقى على أساس الاحسان الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها أهمية كبيرة . ولا بد من التأكيد أيضاً أن الصدق أمر

متوقع من جميع أفراد العائلة طالما أنه جزء من معاييرها الأخلاقية ، بما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوف أو عقاب ، بالإضافة إلى ذلك فلا بد من عدم الطافهي عن كلب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به .

٤- أن يتصف الآباء والكبار المحظوظون بالطفل بالصدق ، وإظهار احترامهم وإعجابهم بالصالحين في أقوالهم وأفعالهم . بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها (الغزى ، ١٩٧٦) . فالالتزام الآباء والذرين بحدود الصدق مع أبنائهم قولهما وفعلاً شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم ويهجروا بهجوم في توخي الصدق قولهما وفعلاً .

٥- استخدام التوابل والعقاب : لا بد أن يتعلم الطفل من خلال الخبرة أن الكلب لن يؤدي إلى النجاح ، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تحقيق العقوبة التي يتلقاها نتيجة سوء تصرفه ، وأن الكلب الذي يؤدي إلى السر على سلوك لايجابي لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة . ويكون العقاب على شكل خسارة الطفل لبعض الامتيازات ، أو يتلقى عقاباً مزدوجاً . ولا بد من استخدام العقاب الذي يتاسب مع حجم الخطأ دون تهور أو انتهاك زائد ، وعدم البالغة في التدقيق على كل كلمة يقولها الطفل . ولا بد من إظهار قيمة الصدق للطفل من خلال التكرار عدة مرات فإذا قال الصدق سوف تبلل كل ما يمكن لمساعدة الطفل . ولا بد من أن يعرف الطفل بأن الصدق يكون ذاتاً في صالحه ، في حين أن الكلب لا يكون كذلك . فالنتائج المترتبة على الكلب أكثر سوءاً من الخطأ نفسه .

٦- لا بد من تربية الوعي الذي عند الطفل ، وإعطاءه فرصة أخرى لتحليل الكلب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الضرر والعقاب . فالطفل عندما يكتب باتكاري أنه قام بفعل شيء ما ، لا بد من مساعدته على التعرف على دوره في الواقع المنشكل ، وذلك بحمله بتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن القول له : «أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية » .

ولا بد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تشك في أن بعض الأجزاء التي ذكرت غير دقيقة وغير صادقة . وعندما يعود الطفل

ويشخص الموقف ، فإنه يرى نفسه على حقاً ، وأين أخطأ؟ وأين بالغ في وصف الواقع . ولا بد من إظهار المواقف مع الطفل كلما كان على حق وكان والحسناً في كلامه (شيفر ، وآخرون ، ١٩٨٩) .

٧- إعطاء الطفل البذائل والخيارات والاختيارات بين الصدق والكذب كتمرين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في فضمه ووجوداته بذات وظيفة ذاتية لا يخاف خارجية سلطوية مؤقة التأثير . وإعطاءه الفرصة للتنتفس من أحلام البفقة لديه لظهور على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب ومارسة المرويات بدلاً من خروجها من متناول الكتب اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجأة للأبوبين والرفاقي والملمين في المدرسة (ياسين ، ١٩٨٨) .

٨- العمل على إشاع حاجات الطفل قدر المستطاع ، وتوجيه الطفل إلى قبول الصدق وتوجيه سلوكه نحو الأفعال التي تناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالجاح ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة . أما تكليفه بالأعمال التي تفرق قدراته واستعداداته فإنه يشعره بالفشل ويوقعه بالإحباط ويشعره بالتعص والضعف .

٩- التقليل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) واللوم والتربیخ لما للذك من أثر عكسي . لشدة العقاب تعلم على تبلد الإحسان وتعميل الطفل بضرر عليه ، ويعدث تبيعاً على السلوك غير السوي ، أي عكس ما يرغب الراشدون .

ولا بد من أن تشعر أبناءنا بقتنا بهم ، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم ويجتمعهم ، مما يعلمهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب . كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجمون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم .

كما يجب على الكبار إبعاد الخوف ، والقلق عن الطفل ، فالشخص الأمن لا يكذب ، أما الشخص المخافف فيكتذب كوسيلة للهرب من العقاب الذي قد يحوق به إذا قال الصدق .

ثالثاً : التمرد أو العصيان Disobedience :

مفهوم التمرد أو العصيان وظاهره :

من المشكلات الشائعة التي تشغل تفكير الآباء والمربيين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل ، حيث يرى العديد من الباحثين (شيفر ، ١٩٨٩ ، حسين ، ١٩٨٦) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثالثة والرابعة من العمر . كما يرى جونسون (Johnson ١٩٧٢) أن حوالي ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان .

وقدنا نرى بأن التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين ، وذلك نتيجة شعوره بالفسدة والسلسلة وما يؤدي إليه من عجز عن القيام بدور فاعل في ذلك . فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تتم عمل فيه . ويترى الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الطفل ، ويتساءلون عن كيفية تعلم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد . فمن المعروف أن بعض الأطفال يطعنون تعليمات الآباء خلال السنين الأولىين ، ولكن البعض الآخر لا يفعل ذلك ويتمرد ، حيث يرى الطفل في الكبار السلط والقدرة والقهر وهذا الشعور ينولد من خلال شعوره بضعفه وعجزه عن القيام بما يشتهي القيام به . فمن المعروف أن سلوك الطفل في السنين الثالثة والرابعة من العمر يتميز بالتمرد حول الذات فهو لا يتم بالكوال والفعال الآخرين إلا إذا كانت مرتبطة بذلك ، ولكن مع التقدم في العمر وتفاعلاته مع البيئة المحيطة به ، فإن هذا السلوك يخف تدريجياً ويدأب بالتعامل مع العالم المحيط بشكل أكثر موضوعية .

من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومحقول وتعبر صحي عن الآلام الناتجة التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الثاني إنما يظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ، أما إنما تكرر واستمر هذا السلوك إلى قرابة طبلة فإن ذلك يعد مؤثراً على عدم السواء وقد يتطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنه في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي مبرر متعلق بذلك .

زيرى شيلر (١٩٨٩ ، ص ٤٠٤) أذ هناك ثلاثة أشكال رئيسية للتمرد أو العصيان عند الطفل هي :

- ١ - شكل المقاومة السلبية ، حيث يتأخر الطفل في استئصاله ، وينجدهم ، ويصبح حزيناً (هادئاً ومسحيناً) أو يشكرون وينكر من أن عليه أن يطيع ، أو أنه يبتلي لحرفيه التعليميات ، ولكن ليس لروح القانون .
- ٢ - التحدى الظاهر « لن أفعل ذلك » حيث يكون الطفل مستعداً لتجويه إماماته لنظرية لو للانتقام في ثورة غضب للدفع عن موقفه .
- ٣ - شكل العصيان الخاقد يؤدي إلى قيام الطفل بعمل عكس ما طلب منه تماماً ، فالطفل الذي يطلب إليه أن يبدأ مثلاً يصرخ بصوت أهل .

الأسباب :

إن أسباب العصيان كثيرة ومتباينة خاصة إذا ظهرت في سن ما بعد السادسة من العمر ويمكن ذكر أهم هذه الأسباب فيما يلي :

- ١ - السائل المفرط في معاملة الطفل (التدليل الزائد) بحيث يلبي الوالدان كل طلبات الطفل منها كانت ، وذلك ظناً منها بأن ذلك يكون في صالحه وراحته مما يعكس سلباً على سلوكه وشخصيته ويجعله يلجأ إلى التمرد والعصيان في أي موقف في أثناء تعامله مع الآخرين .
- ٢ - القسوة المفرطة من قبل الوالدين في تعاملها مع الطفل ، وإجباره الرابع نظام معين في المعاملة ، وأداب الطعام ، وال-cond المستمر لسلوكه ، وطلب الطاعة القورية منه يغضن النظر عن شعوره واهتماماته في تلكلحظة .
- ٣ - التدليل في المعاملة : إذا يلتجأ الوالدان إلى القسوة المفرطة حيناً ، وفي حين آخر يتسلعلان بشكل مفرط مع الطفل في أثناء رغود التعلم نحو سلوكيات معينة يفروع بها . بالإضافة إلى ذلك فإن عدم اتفاق الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل يؤدي إلى تفكك شخصيته واضطرابه وعدم استقراره النفسي ، مما يؤدي به إلى العصيان والتمرد على الوالدين .
- ٤ - إهمال الوالدين تدريجياً : هناك الكثير من الظروف التي تعيق بالوالدين ونحوهم قيامها بمهمة تربية الأبناء بشكل صحيح . فطالب العمل الكثيرة

والإشتغال الزائد ، بالإضافة إلى التزاح والشقاق الشهري بينها والتي قد يؤدي إلى الطلاق ، أو المشكلات الشخصية التي يتعرض لها أحد الوالدين أو كلاهما قد تؤدي إلى إهمال الطفل مما يولد عن ذلك سلوك الرفض والعناد .

٤ - شعور الطفل بعدم الأمان والأمان : يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمان والحب في بيئة الأسرى مما يجعله يسلك سلوك الرفض والعناد ، والتي يظهر على شكل رفض للسلطة ، ورفض للنوم ، ورفض لطاعة الوالدين . فالقلق والصرامة التكرر عند الطفل دليل على ما يعانيه من إحباط . بالإضافة إلى ذلك فإن خياب أحد الآباء أو كلاهما يؤثر تأثيراً بالغاً في شخصية الطفل وحياته الافتراضية . فالطفل يحتاج إلى والديه في شعبان حاجته إلى الأمان والمساعدة . كما أن الطفل الذي يهرب من والديه في الصغر (بسبب الوفاة أو الطلاق) لا يجد من ينحدر معه ويرعاه على الحياة والعالم المحيط به . كما أن خياب أحد الوالدين لفترية طوية يؤثر في التمر الشهي والاجتياهي للطفل ، وقد يفسر الطفل هذا الخياب العوويل غالباً على عدم الحب له ، مما يجعله يتجأ إلى العناد والشكاشة أو التكرس إلى سلوك تقديم (تبoul ، نفس المظاهر . . .) .

٥ - غضب الوالدين أحد الآباء دون الآخرين مما يدفع بالطفل للتبرأ أو الهمم إلى اللجوء إلى سلوك التقمي غضب الوالدين أو قد يتجأ إلى سلوك عصبي في اتجاه الوالدين والمحظيين وذلك من خلال العناد والعصيان لأوامر ومتطلبات الوالدين .

٦ - عراكاً للطفل لأحد آبائه : قاتلآهات الآباء نحو السلطة والقانون تزور في الجاهات الآباء ، فإذا أثار الآباء القليل من الاحتزام للسلطة والنظام والقانون فإن ذلك يؤدي بالطفل إلى عدم احترام الراشدين وسلطتهم والعكس صحيح .

٧ - يلعب ذكاء الطفل دوراً أساسياً في التمرد والعصيان ، فإذا كان الطفل قليل الذكاء مال إلى عدم الطاعة والعصيان ، حيث أنه لا يسعه بسهولة توقع نتائج تصرفاته يعكس الطفل الذي يمكنه أن يتوقع بسهولة نتائج تصرفاته ، ويكيل إلى تأجيل إشباعاته الترورية في سهل تحقيق أهداف آجلاً .

الوقاية والعلاج :

إن أهم طرق الوقاية والعلاج في عناد أو عصيان الأطفال يكون بما يلي :

أ- الاعتناء في المعاملة : وهذا يعني بأن تكون مطالب الآباء من الطفل معقولة ويعاملاً الطفل تتفيد بها . نكلا استجابة الوالدان لمطالب الطفل أكثر يكون بالإمكان توقع الاستجابة الإيجابية (الطاعة) من قبل الطفل ، إذ كلما كان الآباء أكثر حساسية وإيجابية في تلبية حاجات الطفل كلما كان الطفل أكثر طاعة . أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل ، عندها يمكن للوالدين أن يشاركاً بعبارات معبية إلى الآثر المزعج لسلوك العصيان ومشاهيرها نحو ذلك .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من إعطاء الطفل فرصة لإبداء رأيه عند وضع القوانين كلها أمكن ذلك ، مما يجعل الطفل أكثر ميلاً إلى الطاعة والابتعاد عن التمرد . كما يجب أن تتحقق عدم الطاعة التورية من الطفل دائمًا ، وهذا يمكن أن يعطى تخليرًا مسبقاً (لمدة 5 دقائق) قبل تفويض ما يطلب منه . كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الفضيل ومساعده في ذلك مثل : « أنا أكره تنظيف الفرقة » وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف وإنما عبارة تعبر عنها يشعر به فقط .

بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تجنب الإفراط في العقوبة (كالقربب على الروجه أو الظهور ... إلخ) لأن ذلك يقود إلى العناد وإظهار غضب الطفل وازعاجه ، ومن المحموم أن يتبع ذلك من شخصية فارض العقاب القاسي ولطائفه الخلقة .

ب- التبات في المعاملة : يجب ألا يكون هناك تتبّل في معاملة الطفل ، مرة نسأله معه في فرض القواعد ، ومرة نتشدد معه . ولذلك لا بد من أن يتم احترام القواعد التي تضعها من قبل الطفل وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والثانية جدًا . ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يدليها ، وتجنب تفويض إجزاءه معه بهذه والإبعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى الطرف وذلك لتعزيز الطفل انطباعاً بأنك إيجابي نحوه وأنك دائمًا من أنه يستحق تعليماتك .

ج - العمل على توفير الأمن والأمان للطفل : في جو اسري مفعم بالمحنة والاخنان والثقة والعمل على احترام شخصية ، وتأكيد ذاته ، وعدم مقارنته بالأطفال الآخرين ، وعدم الشك في منطق أبناء الآخرين حتى لا يشعر بالثرة والسيطرة على الوالدين وقوتها على التحكم فيها مما يزيد في العنة .

فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن ، ويزيد من الثقة ، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة . فالطريقة التي يشعر بها الأطفال نحونا تحدد طرائقهم في الاستجابة للنظام الذي نفرضه ، كي أنه كلما زاد حب الطفل لنا ، كان تقبيله لوجهه أفضلاً ، فالعلاقة الوثيقة مع الطفل كافية بجعل سلوكه المحنة والثقة .

د - عدم التمييز في معاملة الأطفال لأي سبب كان لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالغيرة ويزيد إلى الشدة والعصيان .

هـ - توفير المذكرة المناسبة : غلاب الذي يتمتع قواعد المرور ، وتحدث عن رجل الأمن بشكل جيد ، فمن المرجح أن يكون الأطفال أكثر اهتماماً للسلطة والطاعة من سلوك الشدة والعصيان .

و - التواب والعقاب : لا بد من الثناء على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك . كي أن الجزاء الذي ينبع من المذكرة يكون فعلاً عند الأطفال من عمر 12 سنة وما دون ذلك (مثل مشاهدة التلفزيون ، أو قطعة حلوى ... إلخ) .

ولي أحياناً أخرى لا بد من فرض جزاء أو عقاب على الطفل في كل مرة لا يمثل للطاعة ويعمل إلى العنايد والعصيان . فالطفل الذي يتأخر مثلاً عن الحضور في الموعود للنائب إلى المترول يفرض عليه عقوبة عدم مقابلة المترول سأة ليلة واحدة إذا كان التأخير 15 دقيقة وإذا كان التأخير 30 دقيقة يُفرض لياليين من مقابلة المترول سأة . ومن الممكن أن يبتعد الطفل بعقوبة العزل إذا لم يتغير بالتعليلات واستمر في ذلك .

ذ - تجاهل السلوك غير المطلوب فيه : من القليل تجاهلاً سلوك الشدة والعصيان في الحالات البسيطة دون التدخل في عادات مع الطفل ، لأن الاهتمام بالسلوك السلي عند الطفل قد يؤدي إلى تعزيزه . وفي الوقت الذي تزداد فيه

على ضرورة تجاهل سلوك عدم الطاعة تجاهلاً تاماً ، تؤكد على ضرورة إبقاء الاهتمام الكلي لسلوك الطاعة ، فقد وُجد أن مثل هذا التحول في البالغين فعال في خفض سلوك الممارسة بشكل ظاهر عند الطفل في سن ما قبل المدرسة . كما وُجد أيضاً أن إحدى الأمهات عندما قامت بالثناء على سلوك الطاعة عند طفليها البالغة من العمر سبع سنوات وتجاهلت في الوقت نفسه سلوك المجازفة والصراخ والعصيان عند طفليها ، وجدت أن السلوك غير المرغوب فيه قد انخفض بشكل واضح خلال عشرة أيام ، (شيفر ، 1989) .

ج - ضرورة التعاون بين المترد والروضة والمدرسة في التخلص من سلوك الترد أو العصيان عند الطفل . فمعرفة كل من الوالدين والمربي في الروضة والمدرسة بحقائق ثو الطفل ، وحقيقة ظهور العادة في مرحلة لم يعيها عند الطفل كنهاية يوضع برنامج وقائي وعلاجي للتخلص من هذا السلوك اللااجرامي عند الطفل .

رابعاً : العدوان Aggression مفهوم العدوان وظاهره :

يُعتبر العدوان عند الأطفال الصغار استجابة طبيعية وعرضأً عادياً ، حيث تلاحظه بكلة على شكل غضب وصرخ ومتاجرات تُعبر عن حاجة الطفل إلى حماية أمته لسعادة لورفريته ، أو تعبير عن عواقبه لتنزيل العقبات التي تواجهه أو تُقلب في سبيل تحقيق رغباته . ولهذا يُعتبر العدوان ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي ، ويساعد على ثباته والاستقلالية . وبناء على ذلك يمكن تعریف العدوان بأنه ذلك السلوك المجرم الذي يؤدي إلى إلحاق الآثى بالآنس أو بالذات أو بالمتلكات .

ويرى جيمس دريفر J. Drever أن العدوان « يعني المجرم على الآخرين وللذي يرجع في الغالب وليس دائمًا إلى الممارسة » (عيسوي ، 1990 ، ص ٤٨) . ويرى دولارد وأخرون Dollard et.al. (1939) بأن السلوك العدوانى هو ذلك السلوك الذي يكون المدفأ منه إيهام شخص آخر . وهذا المدفأ كما يرى فشباك Festback (1964) يشكل الجاذب المغناطيسي والأساسي

من جوانب تعریف العدوان .

ولكن أحياناً قد لا يكون عدوان الطفل على شخص آخر هو المدف الأسايي ، ولكنه وسيلة إلى غاية أبعد هي الحصول على اهتمام الآخرين عن لم أهمية خاصة عنه .

وقد يرى شيئاً أن هذا السلوك يوجّه بأنه عدوان وسيلة Aggression . في حين يُعرّف ميرز مارز (في Dunn ، 1972) العدوان بأنه حالات السلوك الموجهة لإيقاع الآخرين بشخص ما بشكل مباشر أو غير مباشر . والآن الذي يمكن أن يتحقق بالشخص قد يكون نفساً (إهانة ، خطف الإعتبار ...) أو جسماً . أما رفاغي (1988 ، ص 221) فيعرّف العدوان بأنه « السلوك الموجه المطوي على الإكراه والإذاء » .

وقد ينبع على ما تقدم تعرّف العدوان على أنه سلوك موجه ضد الآخرين ، يكون التصدّي له إلقاء الآخرين بشكل مباشر أو غير مباشر .

فالعدوان المباشر يمكن ملاحظته بسهولة عند تلاميذ المدارس على شكل مثاجرات ، وضرب بعضهم البعض ، وإلقاء في الكلام ، وإلقاء الحيوانات ، وتهديد بعضهم بعض . . . إلخ . أما العدوان غير المباشر فيكون كامناً وغالباً ما يحدث من قبل الأطفال الذكور ، حيث يتصرفون بحقهم للتمارضة وإلقاء الآخرين بسخريتهم منهم ، أو بتحقير الآخرين للقيام بأعمال غير مرغوب فيها . ويرى جوته (1984) أن السلوك العدوانى المباشر والسلوك العدوانى غير المباشر يمكن أن يحدث كل منها على حدة ، كما يمكن أن يحدثا معاً على شكل وحدة .

ويرى شيفر (1989) أن الطفل الذي يكلّ عدوانه ويكون هذا العدوان شديداً لديه بديل لـ أن يكون قهرياً ، ومتبرجاً ، وظريفاً ، وظريفاً ، وصعب التعبير عن مشاعره . كما يتصف الطفل العدوان بالتركيز حول الذات ، وينجد صعوبة في تقبل النقد أو الإحباط ، كما أن الأطفال الأقل ذكاءً أكثر ميلاً إلى العدوان من غيرهم الأكبر ذكاءً .

هذا وقد يكون العدوان مؤقتاً وعابراً وتذرراً ما يكون موجهاً نحو هدف معين ، إنه يعبر عن حالة توتر نفسى تميل إلى الانتهاء بسلوك العدوان الذي يفرغ

من خلاله الشخصيات الانفعالية التي يُعاني منها ، هذا ويظهر العدوان عند الذكر أكثر من الإناث .

والعدوان عند الأطفال ينافق ويتفق مع التقدم في العمر حيث يميل الأطفال في عمر ٣ - ٧ سنوات إلى غياب عدوائهم . فالطفل في عمر ستين مثلاً يُعبر عن عدوائه تجاه الآخرين بالضرب ، أما طفل الأربع سنوات فيميل إلى المجادلة مع الآخرين لبعض الوقت ، وفي عمر ٨ - ٩ سنوات يصبح الطفل متبعاً بشكل أكبر ، مع أن المشاهدات لا تنتهي في هذا العمر إلا أنها تكون مؤقتة .

درى شير (١٩٨٩) وشيخ حود (١٩٩٤) أن السلوك العدوان إما استمر لفترة طويلة ، وكان العدوان شديداً وظير مناسب للموقف الذي تأثر ، فلا بد حيثما أن يأخذ الآباء والمهنون هذا العدوان على عمل الجد ، وإن يستخدموا إجراءات سريعة وفعالة لکبح هذا العدوان .

وتشير بعض الإحصاءات إلى أن حوالي ١٠ % من الأطفال في عمر عشر سنوات لديهم عدوانية زائدة بشكل ملحوظ (Robinson, 1966; in Schaefer, 1989) .

أسباب العدوان :

تعددت النظريات التي تفسّر العدوان عند الأطفال .

- فهناك النظريّة التي تفسّر العدوان من خلال إيحاطات الحياة اليومية ، إذ أن إثبات الرغبات البيولوجية والاحتياجات الغريرية عند الطفل يثير لديه الشعور بالإحباط ويزادي إلى سلوك عدواني مثل تحطيم الأواني واللعب

كما أن معظم مشاجرات الأطفال ما قبل المدرسة تنشأ بسبب صراع على الممتلكات (أحد الأطفال يحاولأخذ لعبة طفل آخر) ، ولكن هذه المشاجرات تقل مع تقدم الطفل في العمر . فالشعور بالغبطة قد يكون من أسباب الشعور بالإحباط .

وكل من يُعامل الطفل بقسوة لا ينفك إلى ما يمكن أن يجدته من إحباط ، كما أن كل صلح من أعمال القسوة والذي يقصد منه منع الطفل من البكاء أو

القضاء على سلوك بضائع الكبار يؤدي إلى إيجابية وظاهر على شكل عدواني عند الطفل .

- أما نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية بزعمه « فرويد » فترى أن غريزة ثلثة عند الإنسان تصرّها تزعة الكراهة ، وعندما تجد هذه التزعة طريقاً إلى التعبير ، يسيطر العطف على الإنسان .

أما آدلة أحد ثلاثة فرويد والشقيق عن فبرى أن العطف والمدوان عبارة عن استجابة تعويضية عن الإحساس بالقصم .

- في حين أن نظرية التقليد أو المحاكاة ترى أن العدواني يعلم عن طريق تقليد الكبار . ويرى سكوت Scott أن المدوان كأي استجابة أخرى سلوك يتعلم . حيث يؤكد أن العدواني في حالة ظهوره يجب الا يلجأ إلى كبه ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها ، ولكن يجب توجيه المدوان إلى مسالك مقبولة وهذا تغير بعض مظاهر المدوان من هذه الناحية ضرورة لإحداث التوازن في الشخصية .

كما يمكن أن يزيد احتفال تعلم المدوان عندما يكتأنا الأطفال لقيامهم بتصريفات عدوانية وذلك عندما يحصلون على ما يريدون أو يجدون التهدى الرادشين في عيدهم . ويزكىد الدراسات أن الناس يتعلمون باستمرار عن المدوان من خبراتهم في أسرة معينة ولقاء معينة ، وبايّ لهم يتعلمون باستمرار قاتلية تلعب دوراً في الارتقاء بال العدواني أو منه . فالأمريكيون يعلمون أولادهم العدواني بطرق مباشرة أو غير مباشرة ، وذلك لأنهم يريدون العدواني ، حيث أن الأطفال يتعلمون فنون القتال في بعض الحالات ، وهناك أيضاً الألعاب العدوانية التي تظهر أن إيلاء الآخرين أمر مقبول ومستحب . بالإضافة إلى ذلك فإن الآباء يشجعون الآباء على العدواني حيث أن التصارط الطفل في الشاجرة يُقابل بالموافقة أو يكتأنا .

كما أن الآباء الذين يريدون أولادهم باستخدام الضرب أو العذاب البدني ، يشجعون أولادهم على استخدام الوسيلة نفسها إذا واجهتهم مشكلة شخصية وهذا هو ثورج لكتعلم باللاحتلة ، فالآباء يتعبرون ثالثاً قوية يكتأنا الآباء . وتقيد الإيجابيات هذه التكراة ، حيث وُجد أن الآباء العدوانيون هم آباء عدوانيون .

كما أن الأطفال الذين يملون إلى القسوة غالباً ما يأتون من أسر تحمل إلى القسوة واستخدام النظام الصارم في العائلة .

ولا تنسى التأثير البلي لبرامج العنف في التلفزيون على الأطفال ، حيث يُجمع عليه الناس على أن الأطفال يتلمسون العنف والعنوان من خلال التأثير بالنموذج المروض في التلفزيون (في برامج الكرتون مثلاً) . فالطفل عندما يشاهد مناظر العنف والعنوان فإنه يميل إلى إظهار الألم سواء عن طريق الجهاز العصبي أو من خلال تعبيرات الوجه .

ويعنى هذا أن هناك تبايناً معيناً يشير إلى مشاركة الطفل الفعالاً لما يحدث وتأثيده لذلك ، والاطفال الذين يداومون على هذه الشاهد تتأثر الشاعر الانفعالية لديهم ولا تعود تؤثر فيهم كثيراً ومحاجون إلى مزيد من مشاهد العنف وبالتالي قد يمارسونه في سلوكهم مع الآخرين .

- وترتازك النظرية البيولوجية على أن العنوان عند الأطفال يتجزء من جراء عوامل جسمية مثل النسب أو الجين أو الحد من نشاطهم وحركتهم ، أو وجود الامر جسمية لديهم ، أو في حالة توتر الجهاز العصبي عندهم .

- كما يُجذب أن الفطراب الصبيانيات مثل حالات (xxv) عند الأفراد قد تثير العنوان عندهم . بالإضافة إلى ما أكدهه الدراسات بأن هناك علاقة بين الصرع والعنوان (علارة ، ١٩٨٦) .

ويرى كينيث موير Kenneth Moyer (١٩٧٨) أن هناك عدة أجهزة عصبية في المخ تحكم في توعيات معينة من العنوان ، وأن هذه الأجهزة تحصل عندما تصل إلى معينة معينة . فعند الوصول إلى العتبة المتفق عليها تجد أن أجهزة المخ تنشط لازراضاً وتشعر الحيوانات بالقلق وزرها بالعداء إلا أن الانقضاض لا يجذب إلا إذا ظهر هدف مناسب .

كما يمكن أيضاً لأجهزة المخ التي لها دور في العنوان أن تكتف من دور الدوائر العصبية للسيطرة على العنوان في أداء وظيفتها ويمكن أن تتعذر الدوائر العصبية من أداء وظيفتها . فمثلاً عندما قام عليه الناس بإثارة الجزء الجانبي من المخ للأمر لفترة ، قام الحيوان بعبادة التمار ولكن بطريقة خاطئة (دايفيدوف ، ١٩٨٠) .

- بالإضافة إلى ذلك فإن الصراعات النفسية والانفعالات الكبيرة عند الأطفال تدفعهم إلى العنوان. فقد وجد سيرز *Sears* أن هناك علاقة بين العنوان وشعور الطفل بعدم الأمان ، كما وجد أيضاً أن العنوان يظهر أكثر عند الأطفال الذين يشعرون بالتهديد .

وذلك الدراسات أيضاً أن العنوان لا ينجم في كل الحالات عن رغبات ومبررات طبيعية لدى الطفل وإنما يكون في الكثير منها عادةً إلى أزمات نفسية كالغيرة أو الغضب أو المفرمان من المخان . ففي حالة فتاة في سن الثالثة بذلت بها الغيرة من أخيها الذي تعلم حرف الروسية إلى أخيه الذي جعلها تحطم مفاتيح البيانو . فالفرمان من عطف الآباء وحياتهم يجعل الأطفال أكثر من غيرهم ميلاً إلى العنوان في كل موقف الحياة بما في ذلك مجالات النعيم .

فعلاقة الآباء ببنائهم علاقة هامة وحساسة ، حيث يشعر الطفل بحب والديه ، ويرى فيها مصدراً لإشباع حاجاته من حب وحنان ودفنه عاطفي ، وحماية وأمن ، ولكنها في الوقت نفسه مصدر للسلطة ، ولذلك يشعر الطفل بصراع بين شعوره بالحب لوالديه وكراهيته للسلطة الصادرة عندها (عيسوي ، ١٩٩٠) .

- يحدث العنوان عند الطفل عندما يحدث تغير جوهري في حياته مثل مرحلة الطعام ، ومرحلة اللعب إلى اللدرة ، ومرحلة الانتقال من الطفولة إلى الراععة أو الانتقال من مدرسة إلى أخرى .

- كما ينجاً الطفل إلى العنوان على بعض ما تقع عليه يده بسبب حب الاستطلاع والرغبة في الاكتشاف بعض الآمور الغاضبة بالنسبة إليه ، فذلك يُشعر الطفل دعية نسبة لمعرف ما يدعى لها مثلاً ، وقد يضرب القطة الأمة لسماع مواعدها . . . إلخ .

- كثرة الشجار بين الوالدين مما يؤدي بالطفل إلى شعوره بعدم الثقة بين حوله مما يعكس على شخصيته وفي صعف قدره على السبطة على التناكل والصعوبات التي تواجهه .

طرق الوقاية والعلاج :

للعدوان أسلحة خطيرة تعود على الطفل نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء .

فالعدوان يُسبب للطفل فرراً في العلاقات الاجتماعية والإنسانية السوية بالإضافة إلى ما يجره من اضطرابات جسمية ونفسية . ولذلك لا بد من البحث عن طرق الوقاية من العدوان قبل وقوعه ومعالجته في حالة حدوثه عند الطفل ، فالعدوان عند الطفل جدير بالرعاية النفسية والتربية الحديثة .

ويكفي ذكر أعلم طرق الوقاية والعلاج من العدوان كالتالي :

- ضرورة الاعتناء في تنشئة الطفل :

ولهذا على الآباء والمربيين عدم اللجوء إلى العدوان والغضب الشديد عندما يختلط الطفل ، بل لا بد من التحكم في هذا الغضب وكبحه قدر الإمكان . فالطفل يقلد والديه والآخرين من حوله ، إذ أن الكثير من الآباء يغضبون ويشورون لأسباب بسيطة في الحياة اليومية مما يؤدي إلى نقل هذا السلوك إلى الآباء . فقد بيّنت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يقبلون الآباء ، ولا ينحوونهم العطف والقبول ، وينهون إلى استخدام العقاب البلي في غضب سلوك أبنائهم . ولكن يجب ألا يعني ذلك أن نسلّم لطلبات الطفل ونصرف في تدليله ، واعطائه قدرأً من الحرية أكثر من اللازم . ولذلك يرى (فيرجيل فايرفيلد Fairchild 1977 ، وليفنكوفيس Lefkowitz 1977 ، وسيرز Sears 1953) أن استمرار المزاج بين صاحف العطف الوالدي وبين العذاب البلي القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان والتمرد وعدم تحمل المسؤولية لدى الطفل .

- لا بد من شعور الطفل بالراحة النفسية والجلو الآمن في المنزل والمنبرة :

فالطفل الذي يعيش خبرات سارة سعيدة يميل إلى أن يعكس سعادته على الآخرين من خلال سلوكه معهم . كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يبعد الطفل عن العدوان ويُقلل

منه في حالة وجوده . فالشعور بعدم الأمان والخوف والإيجاب يمكن أن يؤدي إلى العنوان الذي يوجه إلى مصدر المرض أو قد ينحرف إلى شخص آخر لا علاقة له بذلك .

— تبريد الطفل تحمل الإيجاب :

وقد لا يد من إبعاد الطفل عن الخبرات التي ترقمه في القتل والإيجاب ، وتكلفه بأعمال فوق طاقته ، بالإضافة إلى توفير فرص التنجاح له ما أمكن إذ أن النجاح في القيام بالأعمال والمهام الوكيلة إليه تززز من تلك ب نفسه وتبعد عنه مشاعر الشخص والإيجاب والتي تؤدي إلى العنوان . ولكن في حالة ظهور العنوان عند الطفل فيجب عدم كرهه ، لأن ذلك يؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها ، ولكن يجب توجيهه إلى مسالك متبولة .

— حل الأزمة توفير المناطة المركبة المنظمة للطفل :

فالطفل لديه طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والتدريب الجسدي من خلال الألعاب والسبعين والتي تعود عليه بالفع وتنقص طاقة الزائدة ، وتساعده على تربية قدره على الخلق والإبداع . فاللعبة عند الطفل يفرغ الانفعالات الموجودة لديه ، بالإضافة إلى أن الرياضة الناقصية (كرة القدم) تساعد على تصرف الترments العدوانية الناقصية بشكل مقبول اجتماعياً .

— دراسة الأساليب المزدوجة إلى العنوان :

لا يد للآباء والذين من دراسة حالة الطفل جيداً للكشف عن الأساليب المزدوجة إلى العنوان للصلب على ثنيتها أو علاجها بما ينفع ويشخصه الطفل وظروفه وقدراته ، حيث أن طبيعة الطفل هي التي تفرض عليه نوعاً خاصاً من الانفعال والاستجابة للمواقف المختلفة ، فما يثير انفعال طفل قد لا يثير انفعال طفل آخر . كما يجب البحث عن الحاجات غير المشبعة عند الطفل والمعلم على إثباتها . فقد تكون هذه الحاجات هي التي أثارت العنوان عنه .

— الابتعاد عن العقاب الجسدي ما أمكن :

فقد يلجأ الآباء والذين إلى اتباع نظام قليس ، والالتزام بقواعد معينة لا يفهمها الطفل ولا يستطيع تفاديها مما يعرضه للقتل . ويلجأ حينها الآباء والذين إلى استخدام أساليب القسوة لإرغميه على اتباع هذه القواعد .

فالعقاب الجسدي الذي يسلكه الآباء بكثرة مع الطفل قد يؤدي إلى تأثير الشارع الاجتماعي لديه ، كأنه قد يألف هذه العقوبة ولا تعود تجذب معه كثيراً ، مما يجعل هذه العقوبة عقيمة .

وقد لا بد من الإلقاء عن هذه العقوبات الجسدية مع الطفل ومعاملاته بالعدل والساواة والتوجيه والتصحح ، وعدم اللجوء إلى تصعيد أخطائه مما يجعله يسلك طريقاً ملائكة للحصول على مطالبته لغافل التعبير عن غضبه .

كما يجب هنا على الأخصائي الاجتماعي أو النفسي في المدرسة أن يتعاونون مع المدرس ومع الآباء لزواجهة السلوك العدوانى الذي يظهر عند الطفل .

ـ التقليل ما يمكن من التعرض للنهاج عدوانية :

تشير الدراسات (شير ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية يميلون إلى أن يتصدرون بعدوانية أكثر . فالتلفزيون وما يقتنه من مشاهدة عنفية يؤدي إلى تقليل الطفل هذه المشاهدة والنهاج .

والمثير ذكره أن الأطفال في أميركا يقضون ساعات أمام شاشة التلفزيون أكثر مما يقضون في أي شأط آخر . فالللام الكرتون التي تعرض في يوم السبت مثلاً تجوي على ٢١,٥ عملاً عدوانياً في كل ساعة . وهذا فإن مشاهدة الطفل والتراعي من خلال التلفزيون يؤدي إلى إيقاظ الأحساس المسؤولية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد ، خاصة إذا كان ما يعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع .

ـ تعزيز السلوك المرغوب فيه :

لا بد من إظهار الرضا وامتنان الطفل في كل مرة يقوم بها في اللعب مع الأطفال الآخرين دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم . ولا مانع من أن نخرج النجاح مع الكمالية المادية إذا تكرر سلوكه غير العدوانى مع الآخرين .

ـ التجاهل المتصدى للسلوك العدوانى :

يجب أن يصاحب تعزيز السلوك المرغوب عند الطفل بتجاهل تصرفاته العدوانية شريطة لا يترتب عليها عيوب جدي لسلامة الآخرين . كما يجب عدم

عجلة العقل أو توجيهه أو مهاراته بسبب سلوكه العدوانى ، بل لا بد من تجاهل هذا السلوك . وتشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يتفقوا استجابات العدوان اللقطية والبلسمية عند الأطفال بشكل واضح عن طريق التعامل المظلم للتصوفات العدوانية، وإنداه الاهتمام بالسلوك التعلويني عندهم والعمل على انتقامه (ليبر ، ١٩٨٩) .

الفصل الثاني:

المشكلات الدراسية عند الأطفال

- أولاً : مشكلة التأخر الدراسي .
- ثانياً : ضعف دافعية الإنجاز الدراسي .
- ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المضطربين عقلياً .

الفصل الثامن

المشكلات الدراسية عند الأطفال

يُقصد بالمشكلات الدراسية تلك المشكلات التي تتعلق بتحصيل التلاميذ في المواد الدراسية. وسوف تُعرض فيما يلي أعمّ هذه المشكلات التي تواجهها الدراسة عند التلاميذ.

أولاً : مشكلة التأخر الدراسي :

مفهوم التأخر الدراسي وظاهره :

لقيت مشكلة التأخر الدراسي اهتماماً عالياً وأساساً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين. ففي سنة 1905 طلبت السلطات التربوية الفرنسية من عالم النفس الفردي بييه Binet دراسة مشكلة التأخر الدراسي عند تلاميذ المدارس، وبعد ذلك تلقت الدراسات المتعلقة بهذه المشكلة.

والتأخر الدراسي مشكلة يُعاني منها التلاميذ والآباء والدروسون في آن واحد. فهو من المشكلات التربوية والاجتماعية والنفسية تؤدي إلى إعاقة نمو التلميذ نفسياً واجتماعياً وتربيوياً. كيما تُقلل هدرأ في الطاقة البشرية، حيث تُهُوش نسبة كبيرة من هذه الطاقة والتي يمكن لل المجتمع في أمن الحاجة إليها.

والتأخر الدراسي مشكلة أساسية وعامة في مرحلة التعليم الابتدائي، لأن هذه المرحلة تستوعب معظم الأطفال الذين هم في حوالى سن السادسة ومن بينهم تجد ما لا يقل عن 20,3٪ متخلفين دراسياً.

هذا وقد عُرف التأخر الدراسي تعرifications جديدة. ففي قاموس علم النفس الألماني Lexikon der Psychologie (1981، ص 2010) عُرف التأخر

الدراسي بأنه «ضرر كثير أو قليل في نمو شخصية التلميذ عند تطبيقه لخطابه الخطة الدراسية ، والذي لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال إجراءات تربوية وخاصة التشجيع التوجي ». في حين أن زهران وبرادة (١٩٧٤) قد عرّفَا التأثر الدراسي بأنه حالة تختلف أو تتأخر أو تتفشى في التحصيل لأسباب عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية بحيث تختلف نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط يأكثر من التراويف معياريين سالبين . بينما العقى يكون التأثر الدراسي تأثراً في التحصيل عن مستوى الأكوان ، أي أنه تأثر مؤقت يعود إلى أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية .

من هذا المطلق يمكن أن نعرف التأثر الدراسي بأنه مشكلة درامية تظهر على شكل تأثر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط ، بحيث يكون هنا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدراته التحصيلية الحقيقة ، والتي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر ، وقد يكون ذاتياً أو موظفياً ، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو اجتماعية أو تربوية .

فالتأثر الدراسي قد يكون عاماً في جميع المواد الدراسية ، وهذا يرتبط التأثر في الماذب بتفصيل القدرات العقلية عند التلميذ وتتفقده نسبة الذكاء هذه إلى حيث يتراوح بين ٧٠ - ٩٥٪ . كما أن التأثر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب ، أو الإملاء ...) حيث يرتبط التأثر هنا بتفصيل قدرة عقلية معينة . ويمكن تقدير التأثر الدراسي على أساس العمر التحصيلي والعمر الزمني للفرد وذلك من خلال المادلة التالية :

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

فمثلاً يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني فهذا يعني أن هناك تأثراً دراسياً .

• أسباب التأثر الدراسي :

يعود التأثر الدراسي إلى عديد من الأسباب المتداخلة بعضها يصل بالشخصية ، والأخر يحصل بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، والثالث يرتبط

بـالعوامل التربوية . وفيما يلي مستحدث عن هذه الأسباب بقية من التفصيل :

١- الأسباب الشخصية :

إن هذه الأسباب ترتبط بالتلذذ بالتأخر دراسياً من حيث مستوى ذكائه وصحّة الجسمية العامة ، ومدى صحة حواسه .

أ- مستوى الذكاء : أكدت العديد من البحوث (Prunker ١٩٦٠) ، (Smith ١٩٥٧) ، (Cambbell ١٩٥٧) إن المتأخرین دراسياً ينحوون ذكاءً أقل بين النص أو القباء الشديد والضعف العقلي . ويرتبط بذلك ضعف النادرة ، ونقص القدرة اللغوية ، وضعف الاتباع ، والتراكيز وضيق القدرة على التفكير الاستنادي ، وصعوبة التفكير المجرد ، وضيق القدرة على حل المشكلات ، وصعوبة الإدراك ، ونقص اليل العلمي (انظر منصور ، ١٩٨١) . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) حيث وجد أن ٧٨٪ من المتأخرین دراسياً ينحدرون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط . متأخران الذكاء ينحدر من العوامل المعلجة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ . وهذا لا يعني أن التأخر الدراسي غير موجودة عند من ينحدرون بذكاءً متواضع أو أقل ، فقد يوجد التأخر الدراسي عند هؤلاء ونحوهم إلى عوامل اجتماعية أو تربوية .

ب- الصحة الجسمية : هناك علاقة بين النمو الجسمي للسيطرة وبين التأخر الدراسي . فقد بيّنت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرین دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والتلذذين (حسین ، ١٩٨٦) . كما أن الضعف العام وقلة الحيوية ، وقلة الشفاط الميسي العام تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرین دراسياً . وهذه الخصائص تعرق التلميذ عن الاندماج في دراسته ، وتعرضه للإجهاد السريع ، بالإضافة إلى معاناة التأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها : الأمراض الداعلية ، والأمراض الصدرية ، ولأمراض القلب ، وأمراض اللثة ، وأمراض العيون وغير ذلك من أمراض .

ج- الضعف في الحواس : يلاحظ عند الأطفال المتأخرین دراسياً ضعف في حاسة لو أكثره وكل ذلك عبُور في العطّر والبطء في الكلام . وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤) ، فقد وجدوا أن ٧٪ من أفراد عينة

المختلفين دراسياً يُعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع) ، وأن ٦٪ يُعانون من عيوب في العطن والكلام أنها الثالثة والثلجة ، والبيطه الواضح في الكلام .

د- الحالة الانفعالية : يتميز الأطفال المتأخرون دراسياً بعدم الاتزان الانفعالي ، حيث نجد عندهم سرعة الانفعال أو العاطفة المضطربة أو التبلدة . كما يُعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والتعص والغيرة والميل إلى العذوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو نحو المدرسة بصورة عامة .

كما أنهما يُعانون من الاستغراب في أحلام اليقظة ، وشروع في اللحن وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة . كما تظهر عندهم ثورات انتقامية حادة ، ويُعانون من الأحلام المخيفة . كما يتميز المتأخران نحو ذواههم نحو المدرسة ونحو المجتمع بالسلبية وذلك بسبب شعورهم بالفشل والإحباط وعدم التقبل من المدرسة ومن المزمل ما ينعكس على عدم قبولهم للذواههم وللآخرين ، وهذا من شأنه أن يؤثر في إنجازهم الدراسي ويُقلل من دافعياتهم نحو الدراسة .

٢- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية :

إن اختطاب العلاقات بين الطفل والوالد أو بيته وبين أخوه يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل . بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل وما يسودها من تسلط وقسوة ونبذ أو حمایة زائدة وإسراف في التدليل من شأنه أيضاً أن لا يجيء الناتج المناسب للدراسة . كما أن الجمادات الوالديين السلبية نحو الدراسة والمدرسة ، وعدم اهتمامهم بالتعليم من شأنه أن ينمي لدى التلميذ الجمادات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة . كما أن التفكك الأسري ، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من الفحصال وطلاق يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهو رهيب من المدرسة .

كما أن انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية ، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد وبيئة الطفل للدخول المدرسة عوامل أساسية في التأثير الدراسي . فقد أثبتت دراسة سلطان وأخرين (١٩٧٤) أن امر

الثقوقين دراساً يقومون بجامعة أولادهم في شورون الدراسة والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراساً .

ولتأكيد الدراسات (Desyko Dececco 1970 ، Liser 1973) أن هناك علاقة ذات دلالة بين مستوى التحصيل الدراسي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة خاصة فيما يتعلق بالتحفاظ دخل الأسرة ، وضيق للسكن ، وانصراف التلميذ للعمل لمساعدة الأسرة (انظر متصور 1981) .

وفي الوقت نفسه فإن ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إذا اقتنى بعدم التوجيه السليم وعدم الالكترات بالدراسة والمدرسة من قبل الوالدين وأعتبر الدراسة والتحصيل أمراً ثانياً وأثناها ليست أساسية في المراحل الاجتماعية والاقتصادية يعد من العوامل الأساسية للتأخر الدراسي .

كما أثبتت دراسة سلطان وآخرين (1974) أن هناك علاقة بين مستوى تعليم الآباء والأمهات ومستوى تحصيل التلاميذ في المدرسة ، حيث أن نسبة الأمية بين آباء المتأخرين دراساً أعلى منها بين آباء الثقوقين دراساً .

كما أن البيئة المدرسية (بما تقدمه من مدرس وعده دراسة وإدارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل أحد العوامل البيئية التي تساهم في التأخر الدراسي إنما كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة .

٢- الأسباب التربوية :

يراجع التلاميذ المتأخرون دراساً والذين يقل مستوى ذكائهم العام عن المتوسط متاجع تفوق مستوى العقل ، إذ أن المتاجع المدرسية توسيع للطلاب الوسط أو فوق الوسط من حيث المستوى العقل . وقد أثبتت الدراسات أن العمر العقل لللاميذ المتأخرين دراساً يتوقف فهو غالباً في حوال الـ ثلاثة عشرة والنصف ، وهذا ما يزيد مشكلة التلميذ المتأخر دراساً في استجواب النجاح المدرسي .

وفي الغالب يكون تحصيل التلميذ المتأخر دراساً أقل من المتوسط بحوال عاشر تقريراً وخاصة في المواد الأساسية الحساب والقراءة . حيث أن مثل هؤلاء التلاميذ يعجزون عن إدراك للجردات والاحتفاظ بالتجارب والخبرات المعلمة

للتلة طريله يسبب ضعف ذاكرتهم وعدم القدرة على الاتباع والتراكيز لفترة طريله .

وقد بيّنت دراسة متصور (١٩٧٩) في البيئة السعودية أنَّ ٢٧ % من التلاميذ دراسياً والذين يغبون عن المدرسة يكون سبب تفريتهم المرضي بنسبة ٧٧ % ، وسبب عدم الرغبة في التهاب إلى المدرسة ١٣ % ، والخوف من أحد المدرسین ٥ % ، وأسباب أخرى ٥ % .

كما بيّنت الدراسة نفسها أنَّ ٥٩ % من التلاميذ التلاميذ دراسياً لا يوجد لديهم مكان مستقل للدراسة ، وأنَّ ٩٩ % من يذاكرون مع آخرين يذاكرون مع أقارب لهم ، وهذا ما يؤدي إلى تشتت انتباعهم عندما يذاكرون بشكل جامع ، أو يذاكرون مع وجود آخرين في الغرفة نفسها يشاهدون التلفزيون أو يستمعون إلى الراديو . . . إلخ .

بالإضافة إلى ذلك فإنَّ ضعف التلاميذ الدراسي في مادة أو أكثر يؤدي إلى هروبه من المدرسة أو حتى الانقطاع عنها . كما أنَّ كراهة بعض التلاميذ بعض المواد الدراسية يرتبط ارتباطاً وافضاً بكرابهتهم لدرس هذه المادة .

زد على ذلك فإنَّ استخدام المدرسون لأساليب غير تربوية في العقاب مثل العقاب الجسدي يؤدي إلى عزوف التلاميذ ويفجّر تفاته بهنّ ما يمكن مبالغة سلبياً على تحصيله الدراسي . وهذا ما أكدته دراسة متصور (١٩٧٩) حيث وجد أنَّ ١٦ % من التلاميذ التلاميذ دراسياً يعانون من ميل إلى الانتقام ، و ١٩ % كثيرو الشجار ، و ١٠ % يقومون بتشويه عشوائيات الفصل ، و ٣٠ % لديهم شعور بالتعصّب ، و ٩ % كثيرو السرحان (الشرود الذهني) .

طرق الوقاية والعلاج من التأخر الدراسي :

إنَّ القاعدة الأساسية في التأخر الدراسي هي أنَّ الوقاية خير من العلاج ، ولكنها في حالة وجود التأخر الدراسي عند الأطفال (تلاميذ المدارس) فلا بد من اتخاذ الإجراءات السريعة لمعالجة هذه المشكلة وتقليل التلاميذ منها بكل السبل والوسائل المتوفّرة . وأهم طرق الوقاية والعلاج ما يلي :

– ضرورة العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة . . .

- الاهتمام بتنمية حواس التلاميذ ، وعلاج كل قصور يظهر عندهم في هذه الحواس ، وأن يتم مراعاة توزيع التلاميذ داخل الفصول بما ينطوي وحالة الحواس عندهم (حالة حاستي السمع والبصر) بحيث يوضع الأطفال ذوو السمع الخفيف في المقاعد الأمامية وكذلك من يعانون من الصعوبات بصرية .
- ضرورة الكشف المبكر عن الأطفال المعوين ذكرياً وذلك لافتتاح الداير الازمة لتنمية قدراتهم العقلية وخاصة القدرة على حل المشكلات .
- تشجيع أولياء الأمور على إرسال ابنائهم إلى دور المضافة وزيارات الأطفال وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لثلاثي حدوث تأثير دراسي فيها بعد (Baier , 1980) .
- فالتربيه في سن مبكرة تساعد على تطوير وتنمية الخيال والإبداع عند الطفل ، وتعوض عن المحرمان الاجتماعي والثقافي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم .
- عمل المدرسة الابتدائية الاهتمام بالأشعة المدرسية للتربية والمرتبطة بواقع البيئة والتي تؤدي إلى الإدراك الحسي أكثر من الإدراك لل مجرد .
- فالتربيه في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطبل لعده ، بالإضافة إلى أنه ينفع على الليل ، ويعزز الطفل على النشاط ، ويزيد من حبه للمدرسة و يجعل التلاميذ نعوها [إيجابية] .
- الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرین دراسياً وذلك نتيجة خاطبيتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب .
- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالتأخرین دراسياً تحدد عمل الوسائل الحسية وشبها الحسية ، ولا تطلب ذكاء عالياً . ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة جاذبة للتلاميذ المتأخرین دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع وزيادة من الدراسة .
- العمل على إعداد برامج وخطط تعليمية علاجية خاصة بالتأخرین دراسياً ، يشرف على تنفيذها معلمون متخصصون ، وذلك من خلال استخدام العرق

الناسبة للقدرات التي توجد عند المتأخرین دراسياً مع التركيز على الجوانب الحسية .

- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتغذية للمتأخرین دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها ، مع عيادة الظروف الناتمة للتحصیل والدراسة الجيدة تلائماً خدوث التأخير الدراسي .

- ضرورة اتباع أساليب تربوية سلیمة في تنشیة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتحبیب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخير الدراسي .

- ضرورة الاهتمام بتأمين الجو النفسي الآمن للطفل المتأخر بالتفھم العاطفي والبعيد عن التوتر والمشاحنات ، مع توخي المساواة في المعاملة بين الآخرين .

- العمل على علاج المشكلات الانفعالية المصاحبة للتأخير الدراسي ، فقد أوضحت الدراسات أن الواقع يمكنوناه المختلفة يلعب دوراً هاماً في التحصیل الدراسي . فقد لا يكون الجو الأسري مناسباً لعملية الدراسة والاستذكار بالإضافة إلى مفهوم الذات للطفل عند الأطفال المتأخرین . فقد دلت الدراسات التي قام بها كل من كامل (١٩٨٠) ، وتشوش ومحصور (١٩٧٩) أن هناك العديد من العوامل اللامعرفية تؤثیر بشدة في التحصیل مثل : التفاهن مستوى الطرموج ، وقلة الدافعية للإنجاز ، والقلق والعصبية . كما توصلت دراسة كامل (١٩٨٩) إلى أن التفاهن الواقع الثاني لو التربی ، والمدرسي والاجتماعي يؤثر سلباً على التحصیل . ولذلك فإن وضع برنامج سلوكي لمشكلات التلاميذ النفسية يعمل على إرتفاع درجاتهم في التحصیل (كامل ، ١٩٩٣ ، ص ٤٧٠) .

- ضرورة توفير خدمات إرشاد نفسی وتربيوي داخل المدرسة ، مع إقامة علاقة وثيقة مع أولياء أمور الأطفال المتأخرین دراسياً للتعاون من أجل التخلص من هذه المشكلة .

- ضرورة توفير الوقت الكافي للتلیم المتأخر : دیری بلوم Bloom (١٩٧٤) أنه لو أمكننا توفير الوقت الكافي والمساعدة الالزامیة للتلیم المتأخر دراسياً مع إتارة الدافعية لديه فإنه يستطيع الوصول إلى مستوى المحك للطلوب . ولذا فإنه يوفر سبل التغلب على الصعوبات الدراسية داخل الفصل مع إتاحة

الوقت الكافي للتمييز على أساس مستوى الأداء الذي توقعه وترى دلائله فإن التلميذ يستطيع استيعاب وتعلم ما هو مقرر . وهذا فإن من حق المدرس يمكن أن يحرك عليه التلاميذ الضغطاء ليتجهوا نحو المستوى المراد ، وهذا الأخير يمكنه الانتقال إلى المستوى المرتفع ، أما المرتفعون فيمكن باستخدام الرابع الخاصة بهم أن يتقدموا إلى مستوى المتفوقين (كامل ، ١٩٩٣) .

ثانياً : ضعف دافعية الإنجاز الدراسي :

مفهوم الدافعية للإنجاز ومظاهرها :

تُعتبر دافعية الإنجاز أحد الجوابات الهمة في نظام الدوافع الإنسانية ، فهي حالة داخلية تحرّك السلوك وتوجهه نحو هدف ما .

وقد عرف موسى (١٩٩٠ ، ص ٥) الدافع للإنجاز بأنه « الرغبة في الأداء الجيد ، وتحقيق النجاح ، وهو هدف ذاتي ينشط ويروجه السلوك ويعتبر من المكونات الهمة والأساسية للنجاح الدراسي » .

ومفهوم دافعية الإنجاز يرتبط بآعمال موراي في كتابه « استكشاف الشخصية ١٩٣٨ » ، إلا أن تجديد معناه يعود إلى العالم سيرز (١٩٤٢) . غير أن الدراسات النامية في هذا المجال قد ارتبطت بآعمال « ماكيللاند » و« أوونكتسون » وظلا استناداً إلى أعمال ماكيللاند وأوونكتسون يصنف مفهوم دافعية الإنجاز بأنه « السعي نحو الوصول إلى مستوى من التفوق أو الامتياز وهذه الترعة تحمل مكوناً أساسياً في دافعية الإنجاز ، وتحير الرغبة في التفوق والامتياز أو الإيمان بذاته ذات مستوى راقي ، خاصية عززة الشخصية الأشخاص ذوي المستوى المرتفع في دافعية الإنجاز » (فتشوش ، ١٩٧٩ ، ص ٣٤) .

ولذا يُعتبر الدافع للإنجاز أحد الدوافع الهمة التي توجه سلوك التلميذ خلال سنوات دراسته من أجل تحقيق التقليل أو تجنب عدم التقليل (تحقيق النجاح أو تحقيق الفشل) ، فهي قوة مسيطرة في حياة التلميذ المدرسية ، حيث أن تقليل الملتحقين لهم يقع أساساً على استمرارهم في تحقيق مستوى مرتفع من الإنجاز . وهذا فإن التلاميذ الذين ظهروا عذراً مدعومة دافعية عالية للإنجاز والتحصيل والتعلم يحصلون حصيلاً عالياً حيث يُعتبر هؤلاء الأطفال أن النجاح لا يأتى إلا من خلال

العمل الجاد ، وأن الفشل يأتي من عدم العمل .

كما أن مرتفعى الدافعية للإنجاز يشعرون لأنفسهم أهدافاً مرحلية يستطيعون تحقيقها ، حيث أن النجاح يزدوج إلى مزيد من النجاح والتأثير أكثر مما تزدوج إليه الرغبة في تجنب الفشل . أما نصف الدافعية للإنجاز فتزدوج إلى الفشل في التحصيل الدراسي وقد تزدوج إلى الفشل . فاللامتحنة الذين لا توجد عندهم دافعية للإنجاز لا يبلون جهداً يناسب مع إمكاناتهم . وقد بيّنت الدراسات أن هناك حوالي ١٥ - ٤٠ % من الأطفال تحصيلهم متذبذب وأن ثقني التحصيل هو أكثر ظهوراً عند الأولاد منه عند الإناث (Astbury ١٩٧٤) ، وتنبئ التحصيل بظهور في سن السادسة ، حيث يبدأ الأطفال بالشائس في التحصيل مع غيرهم ، وغالباً ما يزداد سوءاً إذا لم يتم معالجته بسرعة .

هذا وقد أظهرت نتائج الدراسات (شقوش ، ١٩٧٩) أنه كلما زاد التركيب الأسري سلطة وتقليدية ، انخفض مستوى الدافع للإنجاز بين الأشخاص الذين يشاركون في مثل هذه البيئات . فالإنسان ابن بيته الاجتماعية يؤثر ويتأثر بها ، مما يجعل للأساليب التي يمارس فيها الضبط ولصادرها تأثيراً كبيراً في دافعية الإنجاز عند التلاميذ . وقد ذكر لو (Lee ١٩٧٧) أن البيئة والثقافة اللتين يعيش فيها الفرد لها أكبر الأثر في تكون مصدر الضبط عليه ، مما دعا روتر Rotter ، إلى افتراض وجود علاقة بين الدرجة العالية للإنجاز وبين مصدر الضبط الداخلي للفرد ، حيث أن هؤلاء يشعرون بأن لديهم سيطرة وتحكمًا على بيئتهم ، وأن ما يفعلونه يقرب عليهم مكانتهم داخل الجماعة التي يتبعون إليها ، وأن التقديرات أو عواقب السلوك من منح أو ذم ومن تقدير أو عدم تقدير سببها سلوكهم وليس أحد غيرهم يختلف الأفراد أصحاب مصدر الضبط الخارجي الذين يتقاسون عن العمل لأن النتائج محكومة بعوامل ليس لهم سيطرة عليها ولنست مترتبة على جهودهم مثل الملاحظ أو القدر الذي تدخل ولعب دوره ليصلوا إلى ما وصلوا إليه .

وهذا أكملت دراسة مورين Maureen (١٩٨٣) أن ذوي مصدر الضبط الخارجي يميلون إلى إظهار مثابرة أقل في الأعمال التي يتكلمون بها يعكس نظرائهم ذوي مصدر الضبط الداخلي والذين أظهروا ارتباطاً جوهرياً مع الإنجاز الأكاديمي (عبد الباسط ، ١٩٩٢) . وما أن الدافع إلى الإنجاز

مكتب من اليبة ، لذا تلعب الشبكة الاجتماعية للطفل دوراً أساسياً . فالأساليب التي تدعم الاستقلالية والثقة بالنفس عند التلاميذ تكون دافعاتهم للإنجاز عاليه يعكس الأساليب التي تقوم على التسلط والقهر والرتابة الممترة وعدم الثقة ، حيث تختلف من الدافعية للإنجاز عند هؤلاء التلاميذ الذين يتعرضون مثل هذه الأساليب التهربية .

وهذا ما أكدته دراسة هالين (Heaven 1990) حيث أظهرت أن الطلاب ذوي الضغط الداخلي يتغافرون في الإنجاز الأكاديمي بالمقارنة مع الطلاب ذوي مصدر الضغط الخارجي .

بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يأتون من بيئات اجتماعية محرومها أكثر عرقية لضعف الدافعية للإنجاز والدراسة ، كما أن عدم مراعاة المدرسة لاحتياجات وموهبة التلاميذ وعدم وجود ما يحيل اهتمام التلاميذ داخل المدرسة يؤدي إلى ضعف الدافعية للإنجاز والتحصيل بالمقارنة مع التلاميذ الذين يدرسون في مدارس تراعي حاجات وموهبة واهتمامات التلاميذ فيها .

أسباب ضعف الدافعية للإنجاز الدراسي :

إن ضعف الدافعية للإنجاز عند تلاميذ المدارس وخاصة في المرحلة الابتدائية أساساً متعددة ذكر من ضمنها ما يلي :

١ - توقعات الوالدين المرتفعة جداً والتخطئة جداً :

يرتبط دافع الإنجاز بشكل مباشر بتدريب الطفل المبكر ودارسته . فالآباء الذين يوجهون إلى الدراسة يتعلمون كيف يكتفون مستطلين وهم أطفال وكانتوا يكتفون على إنجازاتهم الدراسية من قبل والديهم . كما أن آباء الأطفال ذوي الحاجات الفنية للإنجاز يملكون إلى الاشتراك انتقائياً في الألعاب التي يزدريها أولادهم والتي ترتبط بالإنجاز . ولكن قد يبالغ الآباء ويسعون معايير مرتفعة للإنجاز أبنائهم كلما أسرزوا تقدماً ، وقد يمارسون القسوة الشديدة ليحقق أبنائهم الإنجاز العالي في المدرسة مما يجعل الآباء غير مبالين بالتحصيل الدراسي وتضعف دافعاتهم للإنجاز ، ويشعرهم بأنهم فاشلون وكل ما يتعلونه غير صحيح .

بالإضافة إلى ذلك فإن توقعات الوالدين المرتفعة والبالغ فيها يطرد لدى

الأطفال عموماً من الفشل ويزيد إلى الإنجاز التفهُّم . كما أن دفع الطفل إلى الإنجاز العالي قد يولد لديه دافعاً لتجنب النجاح ، وهو دافع اجتماعي متعلم تنتهي المراقب التناصية عندما يقْنَى الأفراد أن يهرب النجاح هم نتاج سلبة .

من جهة أخرى فإن توقعات الوالدين المتلخصة جداً من أبنائهم تؤدي بهم إلى الاستجابة وفقاً لذلك . والأباء في هذه الحالة لا يشجعوهم على الإعداد الكافي ويلذل المهد لأهتم يعتقدون أنهم غير قادرين على ذلك . كما أنهم لا يشجعون عندهم الاستقلالية والاعتماد على الذات مما يجعلهم انكاليين وغير مهتمين بالإنجاز ويفسحون المجال لهم لذلك .

٤ - النشطة الاجتماعية المخاطلة :

تُطلبُ أسلوب النشطة الاجتماعية التي يتبَعُها الوالدان مع أبنائهم دوراً هاماً في إكراهِهم الأسلوب الذي ترَكَ علِي الاستقلالية والاعتماد على الذات أو الانكالية واللامبالاة في الإنجاز .

فالنَّسُورَةُ في المعاملة من أجل الوصول إلى الإنجاز العالي تؤدي إلى خطف الدافعية عند الطفل كما يُعَلِّمُهُ الاتهام وذلك لعقاب الوالدين . كما أن شعور الطفل بأنه مهرب وأنه مرضع انتقاماً مستمر من قبل والديه يولد لديه الشعور بعلم الكفاءة مما ينعكس سلباً على تحصيله الدراسي ويفسح دافعه نحو الإنجاز .

أما الحَلَوةُ الزائدةُ للأطفال من قبل الوالدين فتؤدي لديهم الشعور بالضعف والانكالية وعدم القدرة على المبادرة ويكونون غير تأسيسيين وضعيفي الدافعية للإنجاز .

لما يُعَلِّمُ الطفل أو تسيهُ والذى يُعَدُّ رقابة الوالدين عنه باعتقادهم أن ذلك يعلم الطفل الاعتماد على الذات والاستقلالية فإن هذا الأسلوب من شأنه أن يولد عند الطفل شعوراً بالخُوف وعدم الأمان وينعكس ذلك سلباً على دافعه للإنجاز . فالأطفال هنا لا يتعلمونون كيف يتصارفون بشكل مناسب في الواقع الصعب . وظاهراً ما يكون الآباء أنفسهم متسيين أو نشلوا في بيئة متسيّة .

إن ما ذكرناه من أسلوب خاطئة للنشطة الاجتماعية تؤدي إلى تدنٍ تقدير الذات عند الطفل وشعوره بعدم القيمة إذا لا حول له ولا قوة .

وندنى تقدير الذات عند العقل يؤدي إلى اعتقاده بأنه غير قادر على التعلم والإنجاز ، ويُقلل من قدر نفسه ومن مستوى طموحه مما يضعف من دافعه نحو الدراسة والإنجاز .

٣- كثرة العلاقات داخل الأسرة :

إن كثرة العلاقات والشكلات داخل الأسرة تؤدي إلى إضعاف رغبة العقل في الدراسة والدراسة ، وتحمّل الطفل مكتباً جزئياً يهتزّ الأداء ويخاوية من هذه الشكلات ويتادي إلى شعوره بعدم الأمان مما يضعف لديه الرغبة في التحصيل . وقد يلجأ بعض الأطفال إلى أساليب هروبية من هذه الشكلات باستخدام الحلم البؤلقة وبعض العقاقير ... وغير ذلك من وسائل .

٤- الجلو المدرسي غير المناسب :

تُعتبر سمات المدرسة الأولى مهمة جداً في تشكيل النافعية للإنجاز حيث تُقلل هذه النافعية إلى الثبات نسبياً . ولقد قررَه من الفروري جداً أن يتم تطوير الاهتمام بالتعلم عند التلاميذ وجعلهم أكثر تقبلاً للتالي وتقعماً للنجاح .

والدرسون يلمبون دوراً هاماً في تربية السلوك المرتبط بالإنجاز ، فالدرس الجيد هو الذي يستطيع إثارة دافعية الطفل إلى أعلى درجة ممكنة وساعد الطفل في الوصول إلى أقصى ما تسمح به قدراته . أما المدرس الذي لا يُبالي بعمله ويكون غير متحمس لعمله وغير مدرِّب للتربية الكافية يؤدي إلى إضعاف النافعية للإنجاز عند تلاميذه . ومثل هؤلاء المدرسون لا بد من إبعادهم عن العمل في مجال التعليم .

بالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن للأباء أن يؤثروا تأثيراً إيجابياً في النظام التعليمي وخاصة من خلال مجالس الآباء وذلك من خلال ممارسة الضغوط الإيجابية على المدرسة بجعل التعليم أكثر إلزامة وأكثر ارتباطاً بحاجات التلاميذ .

٥- التأخر في النمو :

أكيدت الدراسات (شيفر وميلان ، ١٩٨٩) أن الأطفال الذين يسيرون بهم بحدٍ يطلي بالمقارنة مع أقرائهم هم أقلّ حافعية من أقرائهم ، أي أن توقعاتهم من أنفسهم في مجال التعلم قد تكون أقلّ من توقعات أقرائهم بما يعادل ستين إلى

ثلاث سنوات ، مع أئمهم قد يكونون من الناحية العقلية في مستوى المتوسط .
ويوصى هؤلاء الأطفال بأتمهم غير ناججون جسمياً ونفسياً واجتماعياً .

أما الأطفال الذين يعانون من صعوبات ذات ميئتين وراثي في التعلم فإن
النفس العام في الدائمة للإنجاز عليهم غالباً ما يكون ناتجاً عن وظائف الجهاز
العصبي المركزي . وعذلاً تعوزهم الذاكرة ويعبرون بسهولة وتكون نتائج
جهودهم غير مرضية لهم وللآخرين مما يولد لهم شعور الدائمة للإنجاز .

الوقاية والعلاج :

ـ أن تكون توقعات الوالدين من أبنائهم معقولة ومتقبلة :

إن تفهم الوالدين وحساسيتها هامة جداً بالنسبة إلى صفات الأطفال
خاصة . ولذا يكون من الشروري العمل على تشجيع الطفل في عمر مبكر من
أجل بذلك اليهد الكافي ، وعمل تحصيل الإيجابيات لأن ذلك يعني عند الطفل
مفهوم ذات إيجابية ويزيد من الدائمة للتعلم والإنجاز .

كما يجب على الآباء تحبيب اللذذ والساخرية من الأطفال ، وتشجيع عادات
ال الطفل لفهم العالم من حوله . والفهم أن يشعر الأطفال بأن والديهم يتقبلونهم حتى
في الأحوال التي لا يمكنون فيها من الأداء الناجح ، فيجب عدم ربط الجذارة
الذائية للطفل بالتحصيل والإنجاز .

وعل الآباء أن يكونوا واعين متوجهين تماماً للاستخدامات الموجودة عند
الطفل ، وأن تكون توقعاتهم معقولة من الطفل حتى لا يصاب بالإيجابيات .

وعندما تكون متطلبات الوالدين ضمن حدود قدرات الطفل فإن إنجاز
الطفل يكون مقبولاً وأكثر واقعية ، وهذا يجعل الأطفال يتظرون إلى الكبار على
أنهم مصادر للدعم والتشجيع وليس مصادر للنقد والتجرير .

كما يجب على الآباء أن يعلموا أبنائهم كيفية تركيز الانتباه على مهمة معينة
والثابرة على إنجازها . وأن يتمتع الأطفال كذلك قيمة التعلم ، لأن ذلك يزيد
من وعيتهم في التعلم عن قناعة وجدارة .

ـ ضرورة استخدام أسلوب المكافأة الفورية مع التلاميذ :

يجب على المعلمين والآباء اعتماد سلوك الأطفال بشكل مباشر أو غير

مباشر وإن يكفيه . فالنجاح في المهمات المدرسية يرتبط ارتباطاً مباشراً باهتمام البيت والمدرسة بالإنجاز والدرس على مكانة . فمفهوم ذات المدرس عند الطفل يتكون من خلال سلسلة الإنجازات التي يؤديها الطفل وتلقي الاستحسان من قبل الوالدين والملتحقين ، ولهذا فإن مكافآت الوالدين للأداء الصفي ترك أثراً واصحاً لدى التلاميذ منخفضي الدافعية ، وحق الاتيحة من قبل الملتحقين والوالدين يمكن أن يكون متيناً قوياً للذاتية إذا استخدم بشكل مناسب وهادف . فالاستخدام المكافآت يؤدي إلى تحسين الأداء المدرسي إلى الحد الأقصى كما أشار إلى ذلك آيلون وكيلي Aylon & Kelly (١٩٧٢) .

ـ مشاركة الآباء في تحسين الظروف المدرسية :

يمكن ل المجالس الأهلية أن تحسن من المناخ المدرسي وتحمله أكثر جاذبية وإثارة الذاتية للإنجاز عند التلاميذ . ويكون ذلك من خلال الدعم لوزارة المدرسة من أجل تقديم المكافآت للملتحقين الجيدين ، وتدريب الملتحقين في أثناء الخدمة ، وشراء الوسائل والأدوات التي من شأنها أن تزيد من فعالية التعليم وجاذبيته ، وإن يعمل الآباء أيضاً على اقتراح التمهيدات على النجاح المدرسي لتصبح أكثر إثارة . بالإضافة إلى تشجيع تنظيم المعارض والثروات العلمية والبرامج الخاصة والرحلات العلمية . وكل ذلك من شأنه أن يثير ويزيد من الذاتية للإنجاز عند التلاميذ .

ثالثاً : مشكلات التكيف لدى المتفوقين عقلياً :

مفهوم التفوق العقلي ومتظاهره :

يولد الفرد ولديه استعدادات فطرية معينة تشكل الأساس لقدراته العقلية مستقبلاً ، ثم تقوم البيئة بتسهيل أو إعاقة غير هذه الاستعدادات وتحولها إلى قدرات أو إعاقتها . وعما أن الأفراد يعيشون في بيئات متباعدة ، فإن ذلك يؤدي إلى وجودة أفراد لديهم قدرات مختلفة . واستناداً إلى ما يملكه الفرد من قدرات وتحيز في هذه القدرات يمكن أن نسم هذا الشخص بدرجات مختلفة للتفوق ، فقد تكون إنه متفوق أو متفوق جداً أو عبقري ... إلخ .

فالقدرات شروط أساسية ولازمة للإنجاز التميز تكون الفرد من ممارسة أعباء وآداء مهامه بشكل متفوق ونتائج . ولهذا ليس غريباً لا نجد تعريفاً عدداً

للتفرق العقل ، حيث يرى تورانس (١٩٨٢) أن ذلك يعود إلى توسيع مفهوم التفرق ووجود طرق جديدة وكثيرة لاكتشاف الكثير من أشكال التفرق عند الأشخاص . فقد عرف مثلاً باسو Passow (١٩٨٢) التفرق على أن القدرة على الامتياز في التحصيل . في حين أن دي هان وفوجيهرست & Dehaan (١٩٦٥) قد حددوا مفهوم التفرق العقل من خلال تأكيدتها على أن الأطفال المتفوقين يمكنون قدرات عقلية وأكاديمية عامة ، ولديهم مهارة خاصة في المجالات المعقّدة ، ويتذكرون صفات قيادية اجتماعية ، ولديهم قدرات تفرق خاصة في المجال العلمي والتقني واليدوي ، ويتذكرون قدرة خلق فنية ، ولديهم قدرات متعددة بالإدراك المكاني وإدراك العلاقات .

أما حوراني (١٩٩٢ ، ص ١٩) فيعرف التفرق بأنه «قدرة تساعد الفرد على التعلم وإنجاز معتقد ويركب في مجال أو أكثر من مجالات العمل الإنساني وذلك بشكل سهل وسريع نسبياً ، إذا ما قورن ذلك الإنجاز مع إنجاز آخرين من العمر نفسه » .

وبناءً على ذلك تتفق مع حوراني (١٩٩٢) فنرى أن التفرق العقل عبارة عن قدرة تساعد الفرد على التفرق والإنجاز في مجال أو أكثر ، بسهولة وسرعة إذا ما قورن مع أداء الآخرين وإنجازهم .

والشخص المتفوق غالباً ما يمتلك صفات شخصية عقلية واتقانالية وحسنة متقدمة ، ولكن لا يعني دالياً أن هذه الصفات تجعله سعيداً . فقد دلت النظريات الواردة من قبل المتفوقين عقلياً أنه توجد لديهم مشكلات خاصة تصل بهم كأشخاص أو تتعلق بمحظتهم الفيزيائية والاجتماعية .

ولهذا يرى بورت Burt (١٩٧٥) أن أهم مشكلات المتفوقين عقلياً هي لي الفارق الكبير بين تفريح قدراتهم العقلية ، وعدم تفريح مشاعرهم وعواطفهم التي تتطابق مع عمرهم الزمني ، فهمأطفال يمكنون وعيًا كبيراً ويشعرون دالياً بالعزلة .

بالإضافة إلى ذلك توجد لدى المتفوقين مشكلات تحصيلية واجتماعية واتقانالية في المدرسة (حوراني ، ١٩٩٢) . ويدرك بعض علماء النفس أن نسبة كبيرة من الأطفال المتفوقين (حوالى الثلث) يظاهرون عادةً صعوبات دراسية أو لا

ينجزون الإنجاز الذي يتناسب مع قدراتهم العقلية .

وهذا يعني أن هؤلاء المتفوقين يتجاوزون إلى المساعدة والإرشاد والتوجيه لطهوان حسن توافقهم ، وإنجازهم الإنجاز الذي يتناسب مع مستوى قدراتهم العقلية ، فهم جيل المستقبل المطلوب .

أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين :

تخرج مصادر مشكلات الأطفال المتفوقين عقلياً قيمها ما يكون فيه الأسرة ، ومنها تسيب للنرسة ، والأخرى تصل بذات العقل المتفوق وغير ذلك من أسباب وسبل هذه المشكلات . ولهذا سوف نتناول فيما يلي أهم أسباب مشكلات التكيف عند المتفوقين عقلياً :

– الأسباب الأسرية :

قد يتوجه الأباء العقل المتفوق عقلياً لربطة ما منه موافقاً سلياً ، وذلك من خلال تكليفهم بهم لا تتناسب مع قدراته ، أو تقييد تصرفاته وعدم إتاحة الفرصة له في الاعتداد على نفسه في حل المشكلات التي تواجهه .

كما يبالغ الوالدان أحياناً في توجيه ودفع التلميذ (الابن) إلى التفوق والنجاح وأن يكون دائمياً الأول في صفه ، مما يبعد عل الطفل بذلك جهود كبيرة قد تفوق قدراته وإمكاناته وتووجهه في الإنجاز ، مما من شأنه أن يؤدي إلى تفوهه من المدرسة ، وفشله وقصبه المدرسي ، وقد يؤدي أيضاً إلى إصابته بالاضطرابات السلوكية مختلفة .

– الأسباب المدرسية :

– تل姣 المدرسة أحياناً إلى تكثير مسارات التفوق العقلية أو العامة عند التلاميذ بشكلٍ خاطئ أو متأخر ، مما يتزب عليه أحياناً إغفال وإهمال التلاميذ المتفوقين وعدم رعايتهم ، الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم بالاضطرابات الفعالية مختلفة ، أو قد يؤدي إلى طمس القدرات الإنجازية المتفوقة خاصة إذا ترافق ذلك مع مراحل اقطاع النسرين العقلية التي يرعاها تورانس (١٩٦٤) ، وخاربا (١٩٨٢) التي تقع في الأعوام (٥ ، ٩ ، ١٣ ، ١٧) وأعطرها في سن التاسعة (انظر حوراني ١٩٩٢ ، ص ١٢٠ ، ١٢٢) .

— وقد يلتجأ المعلم أيضاً إلى معاقبة التلميذ الذي يقع في الخطأ مما يؤدي بعض التلاميذ المتفوقين إلى تحبب المبادرة حتى لا يتم الواقع في الخطأ الذي يؤدي إلى العذاب وهذا من شأنه طمس الكثير من القدرات المزروعة عند التلاميذ وعلم إتاحة الفرصة لهم للتفرق والتجاهج .

— كما أن اضطرار التلاميذ المتفوقين إلى الانتظار ومسايرة أقرانهم داخل الصدف يؤدي بهم إلى الواقع في مشكلات متعددة تؤدي إلى انخفاض سريع في منحنى ثوقيات التطور العقلي في عمر الرابعة والسادسة . كما أن التلاميذ المتفوق يقدمون أفكاراً أصلية وجدية قد لا تلقي القبول من قبل زملائه في الصدف ، وقد ينطليون منها موقفاً سلبياً ، مما يجعل الطفل يضطر إلى سليرة زملائه والامتثال لهم . فقد أجرى تورانس عام ١٩٦٤ في الولايات المتحدة الأمريكية دراسة شملت ٤٥ تلميذاً من بين تلاميذ الصدف السابع ، والذي اقرض لهم رعايا ميسريون باكراً من المدرسة بسبب تصريحهم الدراسي ، فوجد أن ٩٥٪ من هؤلاء التلاميذ قد أظهروا أنه لا يوجد أحد في المدرسة يأخذ بجدية الأفكار والاقتراحات التي يبدوها .

— بالإضافة إلى ذلك فإن معاقبة السلوك الاستكشافي والبحثي عند التلاميذ المتفوقين يؤدي إلى تقييد السلوك الذي يدل على التطور العقلي والحادي ، مما يؤدي إلى سلب شجاعة التلميذ المتفوق ، وزعزعة ثقته بنفسه .

فقد وجد تورانس (١٩٦٤) أن ٤٣٪ من التلاميذ الذين يرثبون في ترك المدرسة ينافقون من طرح أسئلة في أثناء المخصصة الدراسية .

— كما أن عدم متناسب المذيع الدراسي لذلاء المتفوقين يؤدي بهم إلى الملل ، وفقدان الاهتمام . أو قد تنتهيهم بالغضارة والتكمير ، ورفض المدرسة نظراً لعدم وجود المهارات التعليمية التي تتحدى تفكيرهم .

— الأسباب الثالثية :

قد تكون الأسباب الثقافية من المعوقات التي تعرق التفكير عند الأطفال المتفوقين عظيماً . فالراراز وتأكيد دور الجنس في تحديد السلوك المسموح أو الممنوع يؤدي إلى تقييد فضول التلميذ العلمي ، وبعد من المعوقات الأساسية في تطوير وتنمية التعليمي . ففي دراسة قام بها فوكس (١٩٨٧) على البنات المتفوقات في

مادة الرياضيات ، وجد أن معرفات النمو المدرسي لديهن داخلية وخارجية . أما المعرفات الخارجية فتتعلق بالدور الذي يفرز به المجتمع للأئم و يتم تعزيزه من قبل الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام . وهذا الدور الذي تعيشه الفتيات للتفرقات يتمثله ليصبح من المعرفات الداخلية الذي يحقق التحصيل المدرسي . وهذا ما يشير إلى قلة عدد الفتيات للتفرقات في الرياضيات بالمقارنة مع عدد الفتيان للتفرقون في هذه المادة .

بالإضافة إلى ذلك فهناك الاعتقاد الشائع لدى الكثير من الأوساط العالية بأن كل سلوك لا يُحابي السلوك العادي يُعد مرضياً وغير أخلاقي ويحتاج إلى تصحح ، وهذا بدونه يعيق التفوق العقلي الذي يُعد انحرافاً عن السلوك العادي .

ـ الإجهاد والضغط النفسي المستمران عند المتفقون عقلياً :

إن الدليل من أجل التفرق والتحصيل من خلال الصدري لشكلاً تطلب المثل هو شيء مرجوب فيه لدى المتفقون عقلياً ، مما يدعم قمة الشخص المتفوق بنفسه ويفدراهه عند وصوله إلى المثل المناسب . ولكن قد تكون الشكلات أو المهرات تتطلب من المتفقون بذلك جهود إضافية كبيرة ، أو قد تحتاج إلى تدريب مطلية تفوق ما لديه من قدرات مما يوقفه في الإجهاد النفسي أحياناً ، وقد يكون المجتمع سبباً في ذلك .

الإجراءات الوقائية والعلاجية :

إن لشكلاً المصطلحة بـ « التكيف لدى الأعاقات المتفقون عقلياً » يعنىها يعود إلى الطفل ذاته وبعدها يعود إلى الأسرة ، والأخر يعود إلى المدرسة . وهذا لا يُعد من تقديم التوجيه والإرشاد فلولاه جميعاً وبصورة مستمرة ، وأن يكون تقديم التوجيه والإرشاد عملية شاملة .

حيث يرى خاتينا (١٩٨٢) في التوجيه إجراء وقائيًّا يهدف إلى خلق شروط وإمكانات كذلك التي تسمح باكتشاف التقدرات العقلية الكبيرة لدى المتفقون عقلياً ، و يؤدي إلى تحقيق النات والصحة النفسية لديهم (انظر خوارizi ، ١٩٩٢) .

أما أهم الإجراءات الوقائية والعلاجية فهي كالتالي :

أ- الإجراءات الموجهة إلى الطفل التفوق :

لا بد من تقديم التوجيه والإرشاد إلى الطفل التفوق لمعرفة كيفية الاستفادة من قدراته العقلية بالشكل الصحيح والمناسب ، دون أن يصاب بالإجهاد النفسي ، وأن يوجه نشاطه في مسارات تعود عليه وصل المجتمع بالفائدة الكبيرة .

ب- الإجراءات الموجهة إلى الأسرة :

الأطفال المتفوقون هم قبل كل شيء أطفال ويجب معاملتهم على هذا الأساس . وهذا لا بد للوالدين في أشارة توجيهها للطفل المتفوق من أجل النجاح ، من أن يهراها على معرفة مستوى قدراته ، وألا يكتفوا بأعماله تفوق مستوى هذه القدرات ، وأن يعلما أن النجاح في جوانب الشخصية الأخرى لا تسير بالسرعة نفسها التي يسير فيها النمو العقلي . كما يجب على الأسرة أن تحسن الاستفادة إلى الطفل للتفوق خاصة في مسائل تسيطر قبضته العلمي ، أو جوانب اجتماعية مشكلة بالنسبة إليه .

كما ينطوي الطفل التفوق إلى المشاركة الوجدانية من قبل الآباء ، مما يوجب على الأسرة البحث عن الوقت الكافي للتفاعل مع أبنائهم المتفوقون سواء في المنزل أو في نشاطات تنظمها الأسرة .

وعلى الأسرة أن تفهم طموح أبنائها ورولهم الشديد بالطرق ، وأن تسمى ما يمكن لتنمية جوانب التفوق المختلفة لديهم وتشجيعها بالشكل المطلوب ، وأن تقبل التفوق لديهم ، وتعاملهم كأشخاص عاديين ، وليس على أساس أنهم أشخاص يهلكون فئة معينة والذين مواهبون وقدرات خاصة . وهذا يكون واجبا على الأسرة أن ترعى الطفل التفوق وتحمي ما يمكن من الإحباطات والمشكلات التي يمكن أن يتعرض لها في حياته اليومية . وهذا يوجب على الأسرة أن تقييم صلبات مستمرة مع المدرسة للتعرف على مشكلات أبنائها للعمل على المساعدة في حلها .

ج- الإجراءات الموجهة إلى المدرسة :

والمدرسة تضطلع بدور كبير في رعاية الأطفال المتفوقين عدلياً من مشكلات سوء التكيف التي يتعرضون لها ، وذلك من خلال الكشف البكر عن التفوق العقلي الموجود بين التلاميذ للعمل على تلافي كل ما يضعف أو يطمس قدراتهم

المقالة أو يرجوها في الاتجاه غير الصحيح . وظلا يكونون من واجب العلم العمل على تشخيص قدرات التفوق المقلل لدى تلاميذه بشكلٍ يذكر وصحيح . مما ينبع في اختيار الموضوعات الازمة والمناسبة التي تتحدى تفكيرهم وقدراتهم العقلية دون أن تتجاوز المستوى الذي لا يستطيع هؤلاء الرصوؤل إليه رفع رصدهم للإيجاب .

كما يجب على المعلم احترام الأفكار والإجابات غير العادلة والتي يقدّمها التلاميذ في أثناء حل المشكلات ، مما من شأنه أن يعزز لديهم الثقة بأنفسهم ، وينظر قدراتهم المقللة ، ويزيد من دافعهم للبحث والتنقيب . لذا يجب على المعلم أن يتعاون مع زملائه (خاصة إذا كان كل منهم يدرس مادة متخصصة) لتحديد جوائب التفوق عند التلاميذ بشكلٍ دقيق ، وأن يتعاونوا أيضاً مع أسر التلاميذ المتفوقين من أجل التخطيط والتنفيذ الأمثل ، وإيصال كل ما يمكن أن يعترض طريق المتفوقين من صعوبات .

المراجع

أولاً: المراجع العربية :

- 1- أبو النيل ، عموداً أحد محدث، الصحة النفسية .. الأسرار من المشكلات النفسية والاجتماعية، 1985.
- 2- آزونك، هـ. مشكلات علم النفس. ترجمة حاتم عبد الحميد حساري، يوسف عمود الشيخ . دار النهضة العربية ، 1964.
- 3- الحجار، محمد حدي. آيات في علم النفس السريري والإرشادي، بيروت، دار العلم للملائين ، 1987.
- 4- الحجار، محمد حدي. المعين في الطب النفسي، دمشق: دار طلان، 1988.
- 5- الحجار، محمد حدي، الطب السلوكي المعاصر. بيروت: دار العلم للملائين، 1989.
- 6- حسين، محمد عبد المؤمن. مشكلات الطفل النفسي. دار الفكر الجامعي، 1986.
- 7- عمود، عمود. الطب النفسي - النفس أسرارها وأسرارها- مصر الجديدة: مكتبة الفحالة، 1990.
- 8- حوران، محمد حبيب. سينکولوجية المدحوقين والمبدعين . دمشق: مطبعة الاتحاد، 1992.
- 9- الخطري، نبيه أحد. قياس ضبط التوافق النفسي بين طلبة الجامعة الخالصين على الثانوية القدية ونظرائهم الخالصين على الثانوية العامة. جامعة القاهرة،

الجمعية المصرية للدراسات النفسية، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر، 26-28 يناير، 1987.

١٠- الخلبيدي، عبد الغيد سعيد، الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، صنعاء 1991.

١١- حموري، أحمد، المعانوف الشائع لدى الطلاب اليمنيين، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، يوليو ١٩٩١.

١٢- دافيديوف، لندال، مدخل علم النفس، ترجمة سيدة الطورب وأخرون، الرياض: دار ماكروهيل، 1983.

١٣- دسوقي، كمال، علم النفس ودراسة التوافق، بيروت: دار النهضة العربية، 1974.

١٤- ثابت، عبد الرؤوف، مفهوم الطب النفسي، القاهرة: الأهرام، 1993.

١٥- الرفاعي، نعيم: الصحة النفسية- دراسة في سينكولوجية التكيف، دمشق: 1988.

١٦- الرعاعان، سليمان، معالجة التبول اللاازلادي سلوكياً - دراسة تربوية علاجية - مجلة العلوم الاجتماعية . العدد ٣، أيلول، 1981، ص ٢٥-٢٧.

١٧- رمزي، إسحق، مشكلات الأطفال اليومية، القاهرة: دار المعارف، 1982.

١٨- زهران، حامد عبد السلام، الصحة النفسية والعلاج النفسي: القاهرة: عاصم الكتب، 1974.

١٩- زهران، حامد عبد السلام، علم نفس النمو، القاهرة: عالم الكتب، 2000.

20- زهران، حامد عبد اسلام . الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب، 1978.

21- سلطان، عماد الدين، وأخرون. بحث التأثير الدراسي في المرحلة الابتدائية. مركز البحوث الاجتماعية والجنائية، 1974.

22- سوين، ريتشارد، ترجمة أحمد عبد العزب سلامة. علم الأسرة في النفسية والعقالية. الكويت: مكتبة الللاح، 1988.

23- السيد، عبد الخاليم محمود وأخرون . علم النفس العام. القاهرة: مكتبة غريب، 1990.

24- السيد الخاطب، محمد. التكيف والصحة النفسية . الاسكندرية المكتب الجامعي للمحدث، 1994.

25- الشیخ حمود، محمد عبد الحمید. الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق، 1994.

26- شیفر، شارلز؛ ميلمان، هوارد. ترجمة نسمة داود، وزیراحدی. مشکلات الأطفال والراهقون وأساليب المساعدة فيها؛ عمان : 1989.

27- صالح، أحمد محمد حسن. تقدير الذات وعلاقتها بالاكتئاب لدى بنية من الراهقون. الكتاب السنوي في علم النفس. الخد السادس، الأنجلو المصرية، 1989، ص 104-127.

28- الصراف، قاسم علي. علاقة كل من تعليم الأم وعمرها وعدد الأنسال في الأسرة بأساليب تربية الأبناء في البيئة الكويتية. مجلة جامعة الملك سعید، 3(1)، 1991، ص 199-225.

29- الطيب ، محمد عبد الظاهر. العصاب الذهوري وتشخيصه باستخدام اختبار نفهم المتصدر. طنطا: مكتبة سماح، 1985.

30- عبد الباسط، عبد العزيز شمود. علاقة مصدر الضبط بالدافع للإنجاز لدى طالبات الكليات المتوسطة بسلطنة عمان. دراسات نفسية، ٢٥، ج ٤، أكتوبر، 1992، ص 549-575.

31- عبد الباتي ، سلوى. الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين، بولندا، 1992، ٢٥، ج ٣، ص 437-479.

32- عبد الرزاق، عماد. الأعراض والأعراض النفسية وعلاجها لأطفال وأحداث- عمان : دار الفكر، 1987.

33- عبد القادر، محمود. التوافق النفسي والاجتماعي للشباب الكوريين ومشكلاته. رابطة الاجتماعيين، الكويت، 1975.

34- عبد الفتاح، يوسف. بعض خصائص الأطفال ومفهوم الذات لديهم - دراسة مقارنة - مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 21، بنسابقاً فبراير، مارس 1992.

35- عريفج، سامي. علم النفس التطوري. عمان : دار بيدلاوي، 1987.

36- عكاشة، أحمد. الطب النفسي العاشر، القاهرة: الأبلو المصرية، 1976.

37- عمارنة، الزين عباس. مدخل إلى الطب النفسي. بيروت: دار الثقافة، 1986.

38- عودة، محمد؛ عرسى، كمال إبراهيم. الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام. الكويت: دار الفلك، 1984.

39- العسوي، عبد الرحمن. أسرار العصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1984.

40- العسوي، عبد الرحمن. الإرشاد النفسي. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي ، 1990.

41- الغزي، حسرين فتحي. علم نفس الطفولة والمرحلة . دمشق: مطبعة جامعة دمشق، 2000.

42- الفقى، حامد عبد العزيز. دراسات في سينكرونيجية النمو. القاهرة: عام الكتب، 1999.

43- فهمي، مصطفى. أسرار الكلام. القاهرة: مكتبة مصر، 1975.

44- فهمي، مصطفى : علم النفس الإكلينيكي. مكتبة مصر، 1967.

45- فتحى، آة منصور، ط. دافعية الانجاز وقياسها. القاهرة: الأكاديمية المصرية ، 1979.

46- القوصى، عبد العزيز. أساس الصحة النفسية. القاهرة: الهيئة المصرية ، 2000.

47- كامل، عبد الوهاب محمد. أساس تنظيم السلوك . طنطا: المكتبة الفورية الجديدة، 1980.

48- كامل، عبد الوهاب محمد. سينكرونيجية التعلم والتطور الفردي. القاهرة: الهيئة المصرية ، 1993.

49- كفافي، علاء الدين . تقدير الذات في علاقه بالشئون الوالدية والأمن النفسي، دراسة في عملية تقدير الذات. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 30، المجلد 9، 1989، ص 100-129.

50- كفافي، علاء الدين . الشهادة الوالدية والأمراض النفسية - دراسة أميرية - كلية، القاهرة: هجر، 1989.

51- كمال، علي . النفس: أمراضها وانعلاقها . ط2، بغداد: دار واسط للنشر والتوزيع، 1983.

52- كولر، إ.م. ترجمة الدماطي، عبد العفار عبد الحكيم، وأحرون . المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية، 1992.

53- للبيجي، عبد النعم، للبيجي، حلمي. النمو النفسي، بيروت: دار النهضة العربية، 1980.

54- المغربي، سعد. حول مفهوم الصحة النفسية في الترافق. مجلة علم النفس، العدد 23، يوليول - أغسطس - سبتمبر، 1992، ص 6-17.

55- محسن، عطيل. الأمراض العصبية والنفسية عند الأطفال والأولاد - أساساتها وطرق علاجها. بيروت: دار الكتب العلمية، 1988.

56- محمد، بحدة أحمد محمود. دراسة كشفية لمشكلات المخوف والكذب لدى الأطفال. مجلة علم النفس المعاصر، المجلد الثاني، العدد الخامس، أكتوبر - ديسمبر، جامعة المنيا، كلية الآداب ، 1992.

57- مرسي، سيد عبد الحميد. الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني. القاهرة: 1976.

58- من، بول، وجرون كونغ، وجروم كاجان؛ ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، أنس سبيكلوجية الطفولة والراهنة، الكويت، مكتبة النلاح، 2001.

59- معرض، عليل محسائيل، سبيكلوجية النمو - الطفولة والراهنة، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، 1983.

60- منصور، طلبي، وآخرون: أنس علم النفس العام . القاهرة : الأنجلو المصرية، 1981.

61- منصور، محمد جليل يوسف، التحالف الدراسي في المرحلة الابتدائية، دراسة مسحية في البيئة السعودية ، مركز البحوث التربوية والنفسية، كلية التربية بجامعة المكرمة ، 1979.

62- منصور، محمد جليل يوسف، قرارات في مشكلات الطفولة، قطعة، حدة، 1981.

63- موسى، ر.خ. دراسة أثر بعض المحددات السلوكية على الناتجية للأداء، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1990، 154:60-81.

64- نجاشي، محمد عثمان، التنمية الحدبية وتسامح الوالدين (أحد حضاري مقارن) القاهرة: دار النهضة العربية ، 1984.

65- هرمز، صباح حنا إبراهيم ، يوسف حنا، علم النفس التكهن - الطفولة والراهنة، جامعة الموصل : دار الكتب للطباعة والنشر، 1988.

66- ياسين، عطوف، علم النفس العادي، بيروت: دار العلم للملائين، 1981.

67- ياسين، عطوف، أنس الطب النفسي الحديث، بيروت: مؤسسة برسون الثقافية، 1988.

بابا : ارجاع الاجنبية :

Ackerman, N. The Psychodynamics of the family life. Basic Books, Inc. N.Y., 1958.

- Asbury, Charles, A. Selected Factors influencing over- and under-achievement in young school- age children. Review of educational research 44, 1974, pp. 409- 428.
- Ascher, E. Motor Syndromes of Functional or undetermined origin. Tics, Cramps, Gillesde la Tourette's disease, and others. In: Aviati (ed.) American Hand book of Psychiatry, 2nd ed n. Vol. 3: Adult Clinical Psychiatry. Basic Books, New York.
- Ayllon, Teodoro and Kelly, Kathy. Effects of reinforcement on standardized test Performance. Journal of Applied Behavior Analysis 5, 1972, pp. 477- 484.
- Azzone, N. H. and Nunne , R. G. Habit reversal: A method of eliminating nervous habits and tics «Behavior research and therapy». 1973, pp. 619- 628.
- Bartos Hall, M. Psychiatric examination of the school child. London: Edward Arnold, 1947.
- Baier, H. Einführung in die Lernbehinderten Pädagogik. Stuttgart, 1980.
- Bateson, G. Jackson, D. Haley, H. and Weakland, J. A note on the Double bind. Family Process, 1963, 2, 154- 171.
- Belzman, M. Studies on encopresis, Acta Paediatrica Scandinavia Supplement, 170, 1966, p.121.
- Berg, I. Day Wetting in Children. Journal of child, Psychology and Psychiatry, 1979, 20, P. 167- 173.
- Bowes, M. Dysinger, R. Brodley, W. and Basamania, B. The Family as the unit of Study and treatment. Amer. J. Orthopsychiat, 1961, 31, 40- 86.
- Bullock, J. The Relationship between Parental perceptions of the

Family Environment and children's perceived competence. *Child Study Journal*, 18, 1988, 17- 31.

- Brazeltton, I. B. Sucking in infancy. *Pediatrics*, 1956, 17, P. 400- 404.
- Cotler, S. The effects of Positive and negative reinforcement and test Anxiety on the reading performance of male elementary school children, *gent Psychol. Monographs*, 1969, 80, 29- 50.
- Curran, D. Partridge and Story. *Psychological Medicine*. 7th (ed), Edinburgh: churchill Livingstone, 1972.
- Dann, H.D. *Agression und Leistung*. Stuttgart, 1972.
- Davis, H.V. Sears, R. R. Miller, H.C. and Brodbeck, A.J. Effects of cup, bottle and breast feeding on orale activities of newborn infants *Pediatrics*, 1948, 3, 459- 558.
- Davies, J. M. *Arwo- Factor theory of schizophrenia*. *Journal of Psychiatric research*, 1974, 11, 25- 30.
- Dollard, J.; Doob, L. W. Miller, N.E., Mowrer, O.H. and Sears, R. R. *Frustration and Aggression*. Yale University Press, New Haven, 1939.
- Dominian, Jack. *Depression* william collins and co, Ltd. Glasgow, London, 1976.
- Dumas, Tean, E & Others. Behavioral correlates of Maternal Depressive symptomatology in conduct- Disorder children. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 1989 (V57, n 4516- 21 Aug).
- Erikson, E. *Childhood and Society*. 2 nd. ed. New York, Norton, 1963.
- Esman, A. H. *Nocturnal enuresis*. *Journal of child Psychiatry*, 16, 1977, pp. 150- 158.
- Eysenck, H.J., and Rachman. *The causes and cures of Neurosis*. Routledge and Kegan Paul, London, 1965.
- Festhbach, S. The Function of aggression and regulation of the aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257- 272.
- Fox, L.H. *Die Zeiten ändern sich*. Berlin, 1987.
- Ghodson, M. and Others. *Alontitudinal Study of Maternal Depression and child behavior Problems*. *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied discipline*, 1984, V25, N1 P. 91- 109, Jan.
- Göth, N. *Spezielle Verhaltensstörungen bei lern und verbalen Störungen bei Schülern*. Berlin, 1984.
- Hadfield, J. A. *Psychology and mental health*. London, Allen & Un-

win, 1950.

- Heaven, P. Attitudinal and Personality correlates of Achievement Motivation among high school Students. *Personality and individual Differences*, 1990, N11, 705- 710.
- Hurlock, E. B. *Developmental Psychology*. New Delhi, 1981.
- Johnson, L. R. The status of thumb-sucking and finger sucking. *J. Amer. Dent. Ass.* 1939, 26, p. 1245- 1254.
- Johnson, S. M. et al. How deviant is the normal child? A behavioral analysis of the preschool child and his Family. *<In Advances in Behavior therapy*. Vol. 4. Rubin, R.D. Brody, J.P., and Headerson, J. D. eds. Academic Press, New York, 1973.
- Kagan, J. *Children's Perception of Parents; J. Abnor. Social Psychology*. 1956, P. 257, 259.
- Kauffman, G. M. *Characteristics of children's behavior disorders*, (2nd ed.) London, Charles, E. Merrill Pub., comp., 1981.
- Klackenberg, G. *Thumb- Sucking. Frequency and etiology* *Pediatrics*, 1949, 4 , P. 418- 424.
- Kohn, M. *Class Conformity: A study of values*. Homewood, Ill: Dorsey, 1969.
- Kolb, L.C. *Modern Clinical Psychiatry*. 7 th ed-Philadelphia. Illustrated Saunders WB. 1968.
- Kunst, Mays. *A Study of Thumb- and Finger- Sucking in infants*. *Psych. Manager*, 1948, 3.
- Lefkowitz, Monroe. & Testing Edward. *Rejection and Depression. Prospective and Contemporaneous Analysis*. *Developmental Psychology*, 1984, V20n5 P.776- 85, Sep.
- Levy, D.M. *Maternal over protection*. New York. Columbia University Press, 1943.
- Lewis, S. J. *Thumb- Sucking. A cause of malocclusion in the deciduous teeth*. *J. Amer. Dent. Ass.* 1933, 16, 1060- 1072.
- Lewis, S. J. *Undesirable habit* influencing the deciduous dentition*. *J. Amer. Dent. Ass.* 1930, 17, 1060- 1072.
- Lipsitt, L. *A self- Concept scale for children and its relationship to the children's form of the manifest anxiety Scale*. *Child Development*, 1958, 29, P. 463- 472.
- Maureen, J. F. & Harris, M.C. *Locus of control and Academic Achievement. A literature Review* *J. Personality and Social Psychology*

gy. ,1983, V44, N2, P. 419- 427.

- Moyer, Kenneth. *News and comment Human Nature*. 1978, 1 (1), 16.
- Mullis, R. and Mullis, A. *Reports of child Behavior by Single Mothers*. *Child Study Journal*, 17, 1987, 211- 224.
- Murphy, L. *Later Outcomes of Early Infant and Mother Relationships*. In L. Stone, H. Smith, and Murphy, eds. *The Competent infant and commentary*. New York: Basic Books, 1973.
- National Institute of Mental Health. *Causes, Detection and treatment of Childhood Depression*. N. MH, Washington, D.C. 1979.
- Neims, Barbara Crew. *A comparison of chronically ill and Non- Ill school age children on Measures of Empathy, Emotional Responsiveness, Depression Aggression, and Self Concept as Ma*. Diabets/ Millitus, University of California, Los Angles, 1985, 0031, Degree, PhD.
- Passow, A. H. *Hochbegabten Förderung in internationaler Perspektive*. Bonn, 1986.
- Peck, Yarrow; Marian & Others. *Patterns and Attachment in two and three years old in normal families and families with parental Depression*. *Child Development* 1985, V56, N4, P. 884- 894.
- Rosenberg, M. *Conceiving The Self*. New York: Basic Books, 1979.
- Safran, Stephen, P. Lehman, Cynthia, J. *Suicidal behavioral in Preadolescent children. A Growing concern*. B.C. *Journal of Special Education*, 1987, VII, n1, p17- 22.
- Sarson, I. *The effects of anxiety and threat on the Solution of difficult task*, *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 1961, 62, 63, 165- 168.
- Schaefer, C., E. *Childhood Encopresis and enuresis causes & therapy*. Van Nostand Reinhold- New York, 1979.
- Sears, R. R.; and Wise, G. W. *Relation of cup Feeding in infancy to thumb- Sucking and the oral drive*. *Amer. J. Orthopsychiat*, 1950, 20, P. 123- 138.
- Shulman, B. *Essays on Schizophrenia*. William and William, co, Baltimore, 1968.
- Spiegel; J. Bell, N. *The Family of the Psychiatric patient*. In Arieti (Ed) *American Hand book of Psychiatry*. Basic Books inc. N. Y. 1967.
- Spielberger, C. D. *Test Anxiety Inventory*. Preliminary Professional manual, consulting Psychologists, Press, 1980, inc.

- Sullivan, H. S. *The Interpersonal theory of Psychiatry*. Washington, D.C. White Psychiatric fundation, 1953.
- Torrance, P. E. *Hochbegabungskonzepte*. , Hannover, 1982.
- Valentine, E.S.; Riss, and Young, W. C. Experimental and genetic factors in the organisation of sexual behavior in male guinea Pigs, *J. Comp. Physiol. Psychol.*, 1955, 48, P. 397- 403.
- White, B. and J. Watts. *Experience and Environment: Major influences on the Development of the Young child*. Engle Wood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall, 1978.
- Wolman, B. *The Families of Schizophrenics Patients*. *Acta Psychotherapy*, 1970, 9.
- Wolpe, J. *Psychotherapy by Reciprocal inhibition*. Stanford University, Press, 1958.
- Wolpe, J. *The Experimental model and treatment of the neurotic Depression*. *Behavior Research and Therapy*, 1979, Vol. 17, PP. 555- 565.
- Yarrow, L. J. *The relationship between nutritive sucking experiences in infancy and non nutritive sucking in childhood* . *J. Genet. Psychol.*, 1954, 84, P. 149- 162.
- Yetz, A. J. *Tics*. In : C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology*. A Hand book. John Wiley, New York. 1970..

الفهرس

الإهداء	٥
مقدمة	٧
الفصل الأول : الأمراض النفسية عند الأطفال	
مفهوم المرض النفسي	١١
أسباب الأمراض النفسية عند الأطفال	١٣
أعراض الأمراض النفسية عند الأطفال	١٥
الفصل الثاني : التنشئةوالوالدية والأمراض النفسية عند الأطفال	
طبيعة التنشئةوالوالدية	٢١
مفهوم التنشئةوالوالدية	٢٢
أهمية التنشئةوالوالدية	٢٣
العلاقة بين التنشئةوالوالدية والأمراض النفسية للأطفال	٢٥
الفصل الثالث : التوازن النفسي والاجتماعي	
وأثره في شخصية الطفل	
مفهوم التوازن النفسي والاجتماعي	٣١
أسباب التوازن النفسي والاجتماعي عند الأطفال	٣٣
أثر الأساليب التوازفية في شخصية الطفل	٣٥
التوازن وحيل الدفاع النفسي	٣٥
دور الأسرة في التوازن النفسي والاجتماعي للأطفال	٣٨
أهمية شعور الطفل بالأمن في توازنه النفسي والاجتماعي	٣٩

٤١	أسباب سوء التوازن النفسي والاجتماعي مقدمة
٤٢	الفصل الرابع : أهم الأمراض النفسية عند الأطفال
٤٣	أولاً : القلق Anxiety
٤٤	ثانياً : الخوف خوف
٤٥	ثالثاً : عصاب الوسواس التهري Obsessive Compulsive Neurosis
٤٦	رابعاً : فصام الطفولة Child hood Schizophrenia
٤٧	خامساً: الاكتئاب Depression
٤٨	سادساً: الاستجابات المسرية Hysterical Reaction
٤٩	الفصل الخامس : المشكلات السلوكية عند الأطفال
٥٠	مقدمة المشكلات السلوكية عند الأطفال
٥١	أولاً : انقطاعات النوم Sleep Disturbances
٥٢	ثانياً : المشكلات المرتبطة بالطعام (العقلية) Problems Eating
٥٣	ثالثاً : البول اللاارادي Enuresis
٥٤	رابعاً : التبرز اللاارادي Soiling
٥٥	خامساً: الشعور بالغيرة Jealousy
٥٦	الفصل السادس : المشكلات التفسرية
٥٧	(النفسية - المعرفية) عند الأطفال
٥٨	أولاً : انقطاعات الكلام
٥٩	ثانياً : مرض الأصابع Thumb Sucking
٦٠	رابعاً : الالزامات العصبية أو القوايس اللاارادي في العضلات (Tics)
٦١	خامساً: النشاط الزائد Hyperactive
٦٢	الفصل السابع : مشكلات السلوك اللااجتماعي عند الأطفال
٦٣	مقدمة
٦٤	أولاً : السرقة Stealing
٦٥	ثانياً : الكذب Lying

ثالثاً : التمرد أو المضيـان ١٩٣	Disobedience
رابعاً : العنـوان ٢٠٠	Aggression

الفصل الثامن : المشكلات الدراسية عند الأطفال

أولاً : مشكلة التأثير الـدرامي ٢١٣
ثانياً : ضعـف دافعـية الـإنجاز الـدرامي ٢٢١
ثالثاً : مشكلـات التـكيف لـدى المـتفـوقـين عـقـليـاً : ٢٢٧
المـراجـع ٢٣٥

جذب الملا

صدر كتب كثيرة هي موضوع هذا الكتاب غير أنها كانت اجتهادات وتكهنات وتحليلات أكثر منها كتب أكاديمية تهم المدرس والدارس حسب متطلبات المناهج الجامعية الأكاديمية والكلمات الواسعة لهذا كان لزاماً أن نقدم كتاباً راسخاً هي منهجه وأصحها في معلوماته. ومرجعاً أكيداً لكل من يدرس أو يدرس هذا المنسق الهمام.

卷之三

卷之三

卷之三

الأشخاص في الكتاب الجامع الأكاديمى العرب

دار زهران للنشر والتوزيع

2001